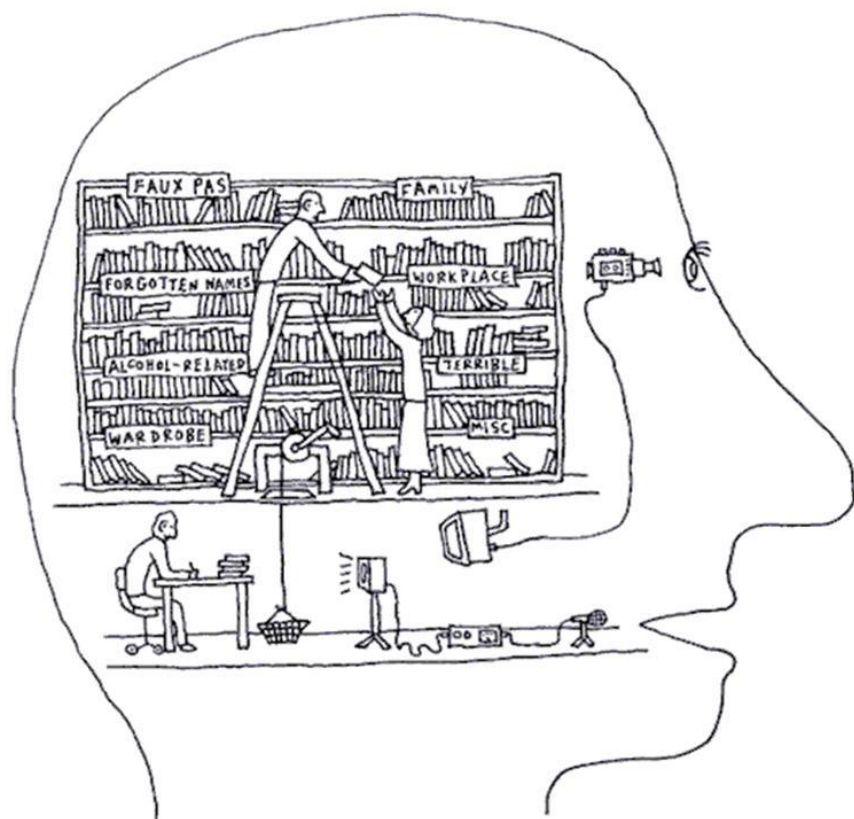


Afasietherapie gericht op activiteiten- en participatieniveau

De huidige en ideale situatie in kaart gebracht



Wencke Dirksen
Myriam van der Lugt
Aukje Riphagen
Nicole ter Wal

Afstudeerproject van: Wencke Dirksen
Myriam van der Lugt
Aukje Riphagen
Nicole ter Wal
Contact: aukjeriphagen@hotmail.com
Projectbegeleider: Marloes Veldkamp

Tweede beoordelaar: Lizet van Ewijk

Datum: 10 juni 2013

Hogeschool Utrecht
Faculteit Gezondheidszorg
Logopedie

AUTEURSRECHTVERKLARING

© Utrecht, (juni, 2013)

De auteur vrijwaart de opleiding Logopedie van de Hogeschool Utrecht voor alle vorderingen van derden betreffende inhoud en vorm van dit verslag en de bijbehorende documenten en producten. Vermenigvuldiging en verspreiding is alleen toegestaan na verleende toestemming van de opleiding Logopedie.

Deze scriptie is het resultaat van een afstudeeropdracht van de opleiding Logopedie aan de Hogeschool Utrecht. De vraag naar deze opdracht kwam vanuit de kwaliteitskring Overtoom 162 te Amsterdam. De kwaliteitskring was op zoek naar therapiestrategieën voor afasietherapie op activiteiten- en participatieniveau. De uiteindelijke opdracht is gemaakt door revalidatiecentrum Reade te Amsterdam. De opdracht is uitgewerkt in een scriptie middels literatuuronderzoek en kwalitatief onderzoek in het werkveld en bij experts op het gebied van functionele afasietherapie. Het onderzoek heeft uiteindelijk geleid tot de ontwikkeling van aanbevelingen, welke door logopedisten gebruikt kunnen worden in het uitvoeren van de behandeling.

Allereerst gaat onze dank uit naar Marloes Veldkamp, onze projectbegeleidster, voor haar kritische blik, haar actieve deelname aan het meedenken in ideeën en haar vertrouwen in ons als projectgroep.

Daarnaast willen wij Lizet van Ewijk bedanken voor het beoordelen van onze scriptie en het geven van feedback.

Ook willen wij Laurien Sietsema en Evelien Ploegaert van revalidatiecentrum Reade bedanken voor het geven van deze opdracht en hun vertrouwen in onze uitvoering van het project.

Tot slot willen wij al onze familie en vrienden bedanken voor hun interesse, steun en feedback.

Wencke Dirksen
Myriam van der Lugt
Aukje Riphagen
Nicole ter Wal

Doel

Het doel van dit project was om strategieën te ontwikkelen die logopedisten kunnen gebruiken in functionele afasietherapie. De onderzoeksvraag richtte zich op wat er nodig was om tot een ideale therapiesituatie te komen.

Materiaal en methode

Dit project is gestart met literatuuronderzoek. Naast literatuurstudie is er ook inventarisatie in het werkveld gedaan. Vijf logopedisten uit verschillende afasiecentra en vijf experts op het gebied van functionele therapie zijn geïnterviewd. De interviewvragen voor de experts waren gericht op de ideale situatie van functionele afasietherapie. De vragen voor de logopedisten waren gericht op de huidige situatie van de therapie en op hun ervaringen hiermee.

Resultaten

Uit onderzoek blijkt dat functionele afasietherapie moet worden afgestemd op de individuele cliënt. Het gaat hierbij om de cliënt als geheel, met alle mogelijkheden en beperkingen. Het is belangrijk om de hulpvraag van de cliënt goed te inventariseren en behandeldoelen zo SMART mogelijk op te stellen. Op deze manier kan de therapie zo objectief mogelijk geëvalueerd worden. Tevens kan groepstherapie een goede aanvulling zijn op individuele therapie, waarbij de groepen het beste heterogeen ingedeeld kunnen worden. Daarnaast moet de logopedist bij het inzetten van communicatiehulpmiddelen rekening houden met de kenmerken van de cliënt, zijn communicatieve behoeften en directe omgeving. De directe omgeving van de cliënt dient bij alle fases van de therapie betrokken te worden. Door de omgeving actief te betrekken, is de kans op generalisatie naar het dagelijks leven groter. Tot slot zal de logopedist een meer coachende rol aan moeten gaan nemen in de functionele afasietherapie, mede door de opkomst van computertechnologie.

Discussie

Er is meer onderzoek nodig naar de wijze waarop de hulpvraag geïnventariseerd en geëvalueerd moet worden. Ook moeten bepaalde methoden, waarvan het effect in het buitenland bewezen is, onderzocht worden in Nederland.

Conclusie

Er kan geconcludeerd worden dat er een discrepantie bestaat tussen de huidige en ideale situatie van functionele afasietherapie. Om tot een ideale situatie van functionele afasietherapie te komen moet er op verschillende gebieden veranderingen doorgevoerd worden.

Trefwoorden

Afasie, functionele afasietherapie.

Main goal

The purpose of the study was to develop strategies that speech and language therapists can use in aphasia therapy, based on activities and participation. The primary question focused on what is required to achieve the ideal situation of the therapy.

Materials and method

The study commenced with a literary review, after which an assessment was undertaken in the professional field. Five speech and language therapists from aphasia centers, and five experts in the field were interviewed. The interviews with the experts focused on the ideal situation of therapy based on activities and participation, and the interviews with the speech and language therapists focused on the current situation of therapy and their experiences.

Results

Research shows that therapy based on activities and participation should be adapted to individual clients, with all their individual possibilities and limitations. It is important to establish the clients individual needs to determine the objectives of their individual therapy. By undertaking this therapy can be evaluated objectively. Group therapy can also be an important addition to individual therapy. It is better to classify groups heterogeneously. For the implementation of communication aids, the speech and language therapist needs to take into account the clients characteristics, communicative needs and their environment. The client's environment has to be involved in all phases of the therapy. By involving the environment, the generalisation to daily life can increase. Finally, as computer technology develops to assist the client's treatment, the role of the speech and language therapist will evolve into a more coaching based role.

Discussion

Further research needs to be taken to improve inventarisation and evaluation practises. Also, some methods that are proven to be effective, should be investigated in the Netherlands.

Conclusion

The study concluded that there is a gap between the current and the ideal situation of therapy based on activities and participation. To achieve an ideal situation, changes to different aspects of the therapy need to be implemented.

Keywords

Aphasia, therapy based on activities and participation.

Inhoud

INLEIDING	8
HOOFDSTUK 1: METHODE	9
1.1 ZOEKPLAN VAN HET LITERATUURONDERZOEK	10
1.2 MATE VAN BEWIJSSTERKTE VAN LITERATUUR	10
1.3 DESIGN VAN VELDONDERZOEK	10
1.4 PARTICIPANTEN	11
1.5 MEETINSTRUMENT	11
1.6 UITVOERING ONDERZOEK	11
1.7 ANALYSE VAN INTERVIEWS.....	12
HOOFDSTUK 2: KENMERKEN VAN DE CLIËNT	13
2.1 NEGLECT.....	13
2.2 AANDACHT	14
2.3 GEHEUGEN	14
2.4 EXECUTIEVE FUNCTIES	14
2.5 EMOTIE EN GEDRAG	14
2.6 INVLOED STOORNISSEN OP DE THERAPIE.....	15
2.7 SAMENVATTING EXPERTS.....	15
2.8 SAMENVATTING LOGOPEDISTEN	16
HOOFDSTUK 3: HUIDIGE SITUATIE IN NEDERLAND	18
3.1 INVENTARISATIE VAN HULPVRAAG EN OPSTELLEN DOELEN.....	18
3.2 INDIVIDUELE THERAPIEËN	20
3.3 GROEPSTHERAPIE	26
3.4 OMGEVING	28
3.5 EVALUATIE VAN DE DOELEN	29
3.6 GENERALISATIE.....	31
3.7 COMPUTERTECHNOLOGIE	31
HOOFDSTUK 4: IDEALE SITUATIE IN BINNEN- EN BUITENLAND	33
4.1 INVENTARISATIE VAN HULPVRAAG EN OPSTELLEN DOELEN.....	33
4.2 INDIVIDUELE THERAPIEËN	34
4.3 GROEPSTHERAPIE	40
4.4 OMGEVING	42
4.5 EVALUATIE	45

4.6 GENERALISATIE	48
4.7 COMPUTERTECHNOLOGIE	49
HOOFDSTUK 5: DISCUSSIE	52
HOOFDSTUK 6: CONCLUSIE	53
HOOFDSTUK 7: AANBEVELINGEN	55
LITERATUURLIJST	57
BIJLAGEN	63

In Nederland bestaat de afasietherapie uit twee richtingen: stoornisgerichte en functionele therapie¹.

Stoornisgerichte therapie richt zich op het behandelen van de cognitief-linguïstische stoornis. Er is veel behandelmateriaal, waaronder een semantisch therapieprogramma BOX (Visch-Brink & Bajema, 2001), een fonologisch oefenprogramma FIKS (van Rijn, Booy, & Visch-Brink, 2004) en een lexicaal semantisch therapieprogramma NAT (Neubert, Rüffer, & Zeh-Hau, 1995) die toegepast kunnen worden voor het verbeteren van de onderliggende stoornis.

Functionele therapie is gericht het verbeteren van de communicatievaardigheden en het verminderen van de gevolgen van de afasie in het leven van de cliënt en diens omgeving (Nederlandse Vereniging van Afasie Therapeuten; NVAT, 2012)².

Het combineren van deze twee therapieën is volgens Visch-Brink & Wielaert (2005) de ideale situatie, omdat ze elkaar aanvullen. Zeker bij cliënten met een ernstige afasie wordt de functionele therapie eerder in combinatie met de stoornisgerichte therapie toegepast dan bij cliënten met een lichte afasie (Berns & Wielaert, 2003).

Volgens Aten (1994; besproken in Berns, 2002) is functionele communicatie per individu verschillend, omdat ieder individu andere communicatie behoeften heeft. Functionele communicatie moet daarom voor elke cliënt afzonderlijk worden ingevuld. Er moet rekening gehouden worden met de ernst van de communicatiestoornis, de premorbide en huidige leefstijl van de cliënt, zijn huidige omgeving (Aten, 1994; besproken in Berns, 2002) en andere cognitieve stoornissen (Sarno, 1998; besproken in Helm-Estabrooks, 2002).

Stoornisgerichte therapie is gebaseerd op een cognitief-linguïstische theorie. Functionele therapie is niet op een specifieke theorie gebaseerd en de inhoudelijke stappen zijn daardoor moeilijker te onderbouwen dan bij de stoornisgerichte benadering. Dit zou mogelijk één van de redenen kunnen zijn dat functioneel therapiemateriaal tot op heden nog onvoldoende ontwikkeld is (Visch-Brink & Wielaert, 2005). Logopedisten moeten hun eigen creativiteit gebruiken om een behandeltraject samen te stellen, wat een tijdsintensief proces is (Sevat & Heesbeen, 2000).

Logopedisten van de kwaliteitskring Amsterdam Overtoom 162 (subgroep revalidatie/verpleeghuis) zijn op zoek naar therapie strategieën om de functionele behandeling efficiënter vorm te kunnen geven. Aan de hand van deze vraag is de volgende onderzoeksvraag opgesteld:

‘Wat is er nodig om tot ideale functionele afasietherapie te komen?’

Na het beantwoorden van deze vraag middels literatuuronderzoek en inventarisatie in het werkveld, zijn aanbevelingen geschreven die logopedisten handvatten kunnen geven in het uitvoeren van functionele afasietherapie.

¹ Onder functionele therapie wordt verstaan: therapie gericht op activiteiten- en participatieniveau vanuit de hulpvraag van de cliënt.

² Verwijzing naar de NVAT Afasie Interventie Schema (NAIS) dient op deze wijze te geschieden.

In dit hoofdstuk staat beschreven hoe het literatuuronderzoek en het veldonderzoek zijn opgezet en uitgevoerd. Bovendien staat hier beschreven hoe de resultaten van het veldonderzoek verwerkt zijn en hoe we tot een conclusie en aanbevelingen gekomen zijn.

In het onderzoek is onderscheid gemaakt tussen de huidige situatie in Nederland en de ideale situatie in binnen- en buitenland van functionele afasietherapie. Door het in kaart brengen van zowel de huidige als de ideale situatie kon bepaald worden wat er nog nodig is om de ideale situatie te bereiken. Daarnaast is er een hoofdstuk gewijd aan de kenmerken van de cliënt, omdat deze van invloed kunnen zijn op de therapie (Commissie CVA-Revalidatie, 2001). De cliënt en zijn kenmerken staan namelijk centraal in de therapie.

De vraag die centraal stond in het onderzoek was:

‘Wat is er nodig om tot ideale functionele afasietherapie te komen?’

De daarbijhorende deelvragen waren:

1. *Welke kenmerken van de cliënt spelen een rol binnen de therapie?*
2. *Wat is de huidige situatie van functionele afasietherapie in Nederland?*
3. *Wat is de ideale situatie van functionele afasietherapie in binnen- en buitenland?*

De huidige situatie en de ideale situatie zijn opgesplitst in meerdere onderwerpen. Deze onderwerpen waren:

- Inventarisatie van de hulpvraag en opstellen van behandeldoelen
- Individuele therapieën en communicatiehulpmiddelen
- Groepstherapie
- Omgeving
- Evaluatie van de hulpvraag
- Generalisatie
- Computertechnologie

Al deze onderwerpen zijn meegenomen in het onderzoek, omdat de term ‘functionele afasietherapie’ zo breed mogelijk is genomen. Van de eerste zes onderwerpen is vanuit stage-ervaringen en onderwijs bekend dat zij belangrijk zijn in de functionele afasietherapie. Het laatste onderwerp is gekozen, omdat deze over het algemeen een steeds grotere bijdrage levert in de maatschappij.

Om deze vragen te beantwoorden is het project gestart met literatuurstudie. Tijdens deze literatuurstudie zijn de volgende criteria aangehouden:

- De artikelen beschreven aspecten van functionele therapie
- De artikelen waren Engelstalig en/of Nederlandstalig
- De artikelen waren relevant voor de onderzoeksvraag

Er was voorzien dat literatuur op dit gebied van afasietherapie schaars zou zijn. Daarom is gekozen voor literatuur op alle niveaus van evidentie.

1.1 ZOEKPLAN VAN HET LITERATUURONDERZOEK

Er is in verschillende databanken gezocht om relevante literatuur te vinden dat antwoord zou kunnen geven op de deelvragen. Deze databanken waren: CINAHL, PubMed, Google Scholar en de HU Catalogus.

Voor het beantwoorden van de eerste deelvraag zijn de zoektermen aphasia/afasie, chronic aphasia, features, cognitive impairment, emotion, behavior en memory problems gebruikt.

Voor de beantwoording van zowel de tweede als de derde deelvraag zijn dezelfde zoektermen gebruikt. De zoektermen die gebruikt zijn, waren: aphasia/afasie, chronic aphasia, functional therapy, participation, methods, strategies, goals, evaluation, inventarisatie, gestures, drawing, group therapy, individual therapy, communication aid, compensation, communication tool, computer therapy, computer technology, communication partner, environment, effect, outcome, measures en ICF.

Tevens is gebruik gemaakt van de sneeuwbalmethode om tot relevante literatuur te komen.

1.2 MATE VAN BEWIJSSTERKTE VAN LITERATUUR

Aan de hand van de evidentiepiramide, weergegeven in tabel 1, is de bewijssterkte van de literatuur beoordeeld.

Niveau van evidentie	
A1	Systematische review
A2	Gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinisch onderzoek van voldoende kwaliteit
B	Vergelijkend onderzoek maar niet alle kenmerken van A2
C	Niet-vergelijkend onderzoek
D	Mening van experts

Tabel 1: Deze tabel heeft een hiërarchische opbouw van sterk evidentieniveau naar een zwakker evidentieniveau. Overgenomen van "Evidence-based logopedie: Logopedisch handelen gebaseerd op wetenschappelijke evidentie," van H. Kalf & J. de Beer (2011), Houten: Bohn Stafleu van Loghum p. 25.

De gevonden literatuur bestond voornamelijk uit evidentieniveau C. Enkele onderzoeken waren van een hoger evidentieniveau³.

1.3 DESIGN VAN VELDONDERZOEK

Aanvullend op het literatuuronderzoek is er een inventarisatie in het werkveld en bij experts uitgevoerd middels diepte-interviews. Met deze diepte-interviews konden ideeën, opvattingen en motivaties over het onderwerp dieper uitgevraagd worden. Om een betrouwbare steekproef te verkrijgen, moesten ten minste tien diepte-interviews afgenomen worden (Bliek, 2012). Vijf experts op het gebied van functionele afasietherapie zijn geïnterviewd. Hiervoor is gekozen omdat zij een ideale situatie konden schetsen van functionele afasietherapie. Daarnaast is de mening van experts onderdeel van de evidentiepiramide, wat

³ In de bijlage 2 zijn de gebruikte artikelen uitgewerkt met het bijbehorende evidentieniveau.

de betrouwbaarheid van het onderzoek vergrootte. In het onderzoek zijn vijf logopedisten uit verschillende afasiecentra geïnterviewd. De logopedisten uit de afasiecentra werken over het algemeen veel op functioneel niveau en konden door hun ervaring veel informatie geven over de huidige situatie.

De potentiële deelnemers werden benaderd via de mail. Daarin werd het doel van het onderzoek uitgelegd en om hun medewerking gevraagd. Daarnaast is er een extra brief meegestuurd met daarin achtergrondinformatie over het onderwerp. Indien de logopedist of de expert deel wilde nemen aan het onderzoek, werd telefonisch contact opgenomen om een afspraak te maken. De interviews zijn waar mogelijk afgenomen op de werklocatie van de logopedist en de expert.

1.4 PARTICIPANTEN

In dit onderzoek zijn vijf experts en vijf logopedisten geworven. De logopedisten waren werkzaam in afasiecentra in Eindhoven, Leiderdorp, Apeldoorn, Utrecht en Zwolle. Er is geen extra achtergrondinformatie over de deelnemende logopedisten.

De geïnterviewde experts zijn: mw. drs. S.M. Wielaert, mw. drs. M. Top-Termaat, mw. drs. D. van der Kaaden, mw. dr. R. Dalemans en mw. drs. M. Verschaeve. Mw. drs. S.M. Wielaert werkt op dit moment als onderzoeker in revalidatiecentrum Rijndam te Rotterdam. Daarnaast is mw. drs. M. Top-Termaat werkzaam in haar eigen afasiepraktijk in Utrecht. Mw. drs. D. van der Kaaden werkt in revalidatiecentrum Friesland locatie Beetsterzwaag. Mw. dr. R. Dalemans is naast onderzoeker ook docent op Hogeschool Zuyd te Heerlen. Tot slot is mw. drs. M. Verschaeve werkzaam in afasiecentrum Rotterdam en omstreken.

1.5 MEETINSTRUMENT

De vragen in de diepte-interviews zijn opgesteld aan de hand van literatuurstudie en verdeeld per eerder genoemde onderwerpen. Daarnaast zijn ook de kenmerken van de cliënt meegenomen in de interviewvragen. De vragen voor de experts waren gericht op de ideale situatie van functionele therapie. De vragen voor de logopedisten waren vooral gericht op de huidige situatie van de therapie en hun ervaringen hiermee⁴.

1.6 UITVOERING ONDERZOEK

Elke logopedist of elke expert werd geïnterviewd door een studentenkoppel. De interviews zijn in vier weken afgenomen, omdat de beschikbare tijd per week beperkt was. Voorafgaand aan het interview zijn de rollen verdeeld om het interview structuur te bieden. Eén student heeft het gesprek gevoerd, de ander heeft genotuleerd en de interviewer aangevuld waar nodig. Alle interviews zijn opgenomen met audioapparatuur om gedetailleerde uitwerking mogelijk te maken. Het interview werd geïntroduceerd met een korte uitleg over het onderzoek, waarna de interviewvragen volgden.

Het uiteindelijke eindverslag is aangeboden aan de experts en logopedisten als dank voor hun medewerking.

⁴ De interviewvragen voor de experts staan in bijlage 6 en de interviewvragen voor de logopedisten staan in bijlage 7

1.7 ANALYSE VAN INTERVIEWS

De audio-opnames van de interviews zijn beluisterd, waarna de interviews van de experts zijn getranscribeerd. De antwoorden van de logopedisten zijn samengevat⁵.

Per gestelde vraag werden de antwoorden van de logopedisten met elkaar vergeleken. Hetzelfde is gedaan met de antwoorden van de experts.

Vraag één werd vergeleken met vraag één, vraag twee werd vergeleken met vraag twee, etc. Om deze overeenkomsten en verschillen in kaart te brengen is gekozen om de antwoorden te turven. Aan de hand van deze geturfdde overeenkomsten en verschillen is een samenvatting van de interviews geschreven van zowel de experts als de logopedisten. Bij de samenvattingen van de experts is ervoor gekozen om verschillende citaten te vermelden. Dit om het beschreven standpunt te verduidelijken. Deze citaten zijn willekeurig gekozen. Tot slot is er een conclusie getrokken uit de samenvattingen. Deze conclusies werden getrokken op basis van een cut-off grens. Wanneer drie van de vijf experts overeenkomstige antwoorden gaven op een vraag, werd dit antwoord meegenomen in de conclusie. Deze conclusies werden vervolgens naast de literatuur van de ideale situatie gelegd. Ditzelfde is gedaan met de samenvatting van de logopedisten en de literatuur van de huidige situatie. Daarna kon de discrepantie tussen de huidige en ideale situatie bepaald worden (zie figuur 1). Ook werden er aannames gedaan wanneer twee van de vijf experts hetzelfde hadden gezegd over een bepaald onderwerp. Deze aannames werden verder niet gebruikt in de eindconclusie. Wegens het voorzien van een te kort aan tijd, zijn er aanbevelingen gemaakt in plaats van strategieën. Ook in deze aanbevelingen zijn de aannames niet meegenomen. De aanbevelingen zijn gebaseerd op zowel bewijs uit literatuur als op meningen van experts. Ook hierbij moesten tenminste drie van de vijf experts overeenkomstig geantwoord hebben.



Figuur 1: een schematische weergave hoe de discrepantie tussen de huidige en ideale situatie van de functionele afasietherapie is bepaald.

⁵ In bijlage 8 t/m 12 zijn de transcripties van de experts en in bijlage 14 zijn de samenvattingen van de interviews met logopedisten te vinden.

In dit hoofdstuk zullen de kenmerken van de cliënt centraal staan. Onder de kenmerken van de cliënt kan de omgeving, het karakter, de afasie en de bijkomende cognitieve, emotionele en gedragsstoornissen worden verstaan.

Dit hoofdstuk is alleen toegespitst zijn op de bijkomende cognitieve, emotionele en gedragsstoornissen van de cliënt. In de volgende hoofdstukken komen de omgeving en het karakter van de cliënt aan bod. Afasie wordt niet toegelicht in dit hoofdstuk, ervan uitgaande dat logopedisten hier genoeg kennis over hebben.

Naast de afasie komt het vaak voor dat de cliënt lijdt aan bijkomende neuropsychologische problemen, die de communicatie hinderen en/of van invloed kunnen zijn op de therapie (Bastiaanse, 2010). Stoornissen op het gebied van cognitie, emotie en gedrag kunnen invloed hebben op de cliënt, zijn directe omgeving en de behandelaars (Hochstenbach et al., 1996; Scholte op Reimer, 1999; King, 1996; Wilkinson et al., 1997; Schulz et al., 1988; allen besproken in Commissie CVA-Revalidatie, 2001; Hochstenbach, 1999; Scholte Op Reimer, 1999; allen besproken in Van Heugten, Groet, & Stolker, 2003).

Cognitieve stoornissen ten gevolge van het Cerebro Vasculair Accident (CVA) kunnen onderverdeeld worden in de volgende gebieden: "1. Oriëntatie in persoon, plaats, tijd en ruimte, 2. Aandacht en tempo van informatieverwerking, 3. Mentale (lichamelijke) belastbaarheid, 4. Geheugen/leervermogen, 5. Waarneming, 6. Praxis, 7. Visuoconstructieve functie, 8. Executieve functies, 9. Intelligentie, 10. Taal." (Commissie CVA-Revalidatie, 2001, p. 21).

Bovenstaande stoornissen kunnen van invloed zijn op de motivatie van de cliënt voor de behandeling, de prognose van herstel, het zelfstandig functioneren in het dagelijks leven, de verhouding met de partner, de sociale participatie en de terugkeer in het arbeidsleven (Commissie CVA-Revalidatie, 2001).

De meest voorkomende cognitieve stoornis, naast de afasie, is neglect. Neglect als gevolg van een rechterhemisfeer CVA komt bij 70% van de cliënten voor in de acute fase, terwijl bij een linkerhemisfeer CVA neglect bij 50% voorkomt (Commissie CVA-Revalidatie, 2001). Naast neglect komen bovendien stoornissen in aandacht (40-48,5%; Leśniak, Bak, Czepiel, Seniów, & Czlonkowska, 2008; Hochstenbach et al., 1996; besproken in Commissie CVA-Revalidatie, 2001), korte termijn geheugen (24,5%), executieve functies (18,5%) en lange termijn geheugen (13%) voor. Van bovenstaande cognitieve stoornissen komen stoornissen in aandacht en het korte termijn geheugen na één jaar post onset nog steeds het meeste voor (Leśniak et al., 2008).

2.1 NEGLECT

Neglect is een stoornis waarbij de cliënt moeite heeft met het richten van de aandacht op voorwerpen en geluiden aan één zijde van het lichaam (links/rechts), gezien vanaf het midden, en deze aandacht ook vast te kunnen houden (Coelho, Jochems, & Joosten, 2012; Robertson & Heutink, 2002).

Wanneer een cliënt neglect heeft kan hij⁶ bijvoorbeeld woorden overslaan in het lezen van een tekst. Daarnaast kan de cliënt niet of nauwelijks reageren als hij vanaf zijn aangedane zijde aangesproken wordt (Commissie CVA-revalidatie, 2001).

2.2 AANDACHT

Aandacht is een belangrijke cognitieve functie voor het leren van vaardigheden, maar ook voor het denken, verwerken van prikkels en de uitvoering van activiteiten. Een verminderde snelheid in het verwerken van informatie speelt een belangrijke rol in de aandachtsstoornis. Dit is bijvoorbeeld merkbaar tijdens een gesprek met de cliënt. Het duurt beduidend langer voordat hij reageert. Dit is ook te merken bij het geven van een opdracht (Commissie CVA-Revalidatie, 2001).

2.3 GEHEUGEN

Afasietherapie is gericht op het leren van nieuwe vaardigheden. Het leren hangt samen met het geheugen (Helm-Estabrooks, 2002). Het geheugen zorgt ervoor dat de gegeven informatie onthouden kan worden en later weer kan worden opgeroepen. Wanneer het geheugen gestoord is, levert dit problemen op in het aanleren van nieuwe vaardigheden of het herleren hiervan. Bij het aanleren of herleren van deze vaardigheden zal er onderscheid gemaakt moeten worden tussen het korte termijn geheugen (werkgeheugen) en lange termijn geheugen. Bij een stoornis in het korte termijn geheugen kan het eenmalig aanbieden van een opdracht of mededeling moeilijkheden geven. Door veelvuldige herhaling kan deze informatie wel vastgehouden worden en opgeslagen worden in het lange termijn geheugen. Als de cliënt ook in het lange termijn geheugen een stoornis heeft, zal hij deze informatie niet vast kunnen houden (Commissie CVA-Revalidatie, 2001).

2.4 EXECUTIEVE FUNCTIES

Onder executieve functies worden functies verstaan die invloed kunnen hebben op cognitieve processen. Zij besturen deze processen en hebben hier controle over (van Zomeren & Eling, 2006). Hieronder vallen ziekte-inzicht, het nemen van initiatieven, planning, flexibiliteit, zelf-inhibitie en zelfcontrole/zelfcorrectie. Wanneer de cliënt een stoornis heeft in de executieve functies kan hij niet meer goed voor zichzelf zorgen. De cliënt kan geen complexe handeling uitvoeren, maar heeft structuur van zijn omgeving nodig (Commissie CVA-Revalidatie, 2001). Tevens zou de cliënt niet meer in een sociale situatie normaal kunnen functioneren (van Zomeren & Eling, 2006; Commissie CVA-Revalidatie, 2001). Deze beperkingen kan de cliënt ondervinden ondanks een intact geheugen en talige functies (Commissie CVA-Revalidatie, 2001).

2.5 EMOTIE EN GEDRAG

Naast cognitieve stoornissen komen ook vaak stoornissen in emotie en gedrag voor. De meest voorkomende stoornissen zijn emotionele instabiliteit, verminderd nemen van initiatief, sneller geïrriteerd, veranderd libido en veranderingen in karakter. Daarnaast kunnen ook problemen optreden in ontremd gedrag, egocentrisch gedrag, agressie, depressie en angst.

⁶ In deze scriptie wordt de cliënt 'hij' genoemd. Waar 'hij' staat, mag ook 'zij' gelezen worden.

Een depressie komt veelvuldig voor na een CVA, namelijk in 25% van de gevallen in de eerste drie maanden (Commissie CVA-Revalidatie, 2001). Het ontstaat in de acute fase en neemt qua ernst toe gedurende drie maanden post onset. Daarna kan het weer afnemen bij twaalf maanden post onset. Naar twee jaar post onset neemt het vaak weer toe en is de depressie groter dan in de acute fase (Astrom, Adolfsson, & Asplund, 1993; beschreven in Cherney & Robey, 2008).

2.6 INVLOED STOORNISSEN OP DE THERAPIE

De logopedist moet naast de afasie rekening houden met neuropsychologische stoornissen in het uitvoeren van haar behandeling. Denk hierbij aan de benaderingswijze van de cliënt, maar ook aan de prognose van de behandeling (Sarno, 1998; besproken in Helm-Estabrooks, 2001). Ondanks dat er bijna geen literatuur gevonden is betreffende de invloed van deze stoornissen op de behandeling, kan aangenomen worden dat wanneer de cliënt neglect heeft de logopedist haar benaderingswijze moet aanpassen. Dit bijvoorbeeld wanneer zij een oefening aanbiedt of communiceert met de cliënt. Wanneer de cliënt een stoornis heeft in aandacht, geheugen of executieve functies zal de prognose van de behandeling veranderen. Door executieve functiestoornissen kan de cliënt minder leerbaar zijn of een verminderd ziekte-inzicht hebben. De doelen zullen lager gesteld moeten worden en op langere termijn. Daarnaast zal de logopedist extra structuur in de behandeling moeten bieden en zal veel herhaling nodig zijn voordat een vaardigheid aangeleerd is. Wanneer de cliënt een stoornis heeft in emotie of gedrag kan aangenomen worden dat hij een verminderde motivatie heeft voor therapie. Dit kan van tijdelijke aard zijn. De logopedist kan ervoor kiezen gedurende deze periode minder frequent te behandelen en de doelen daarbij aan te passen.

2.7 SAMENVATTING EXPERTS

“De hele basale cognitieve zaken zullen een probleem zijn in de therapie, denk bijvoorbeeld aan een stoornis in de aandachtsfunctie. Aandacht is misschien wel het allerbelangrijkste. Daarnaast is een depressie ook een belangrijke factor, de stemming van de cliënt drukt ook weer de aandacht” (Wielaert).

Cognitieve stoornissen moeten door een neuropsycholoog in kaart gebracht worden. Zij kunnen van grote invloed zijn op de therapie. Het is belangrijk dat de logopedist voldoende rekening houdt met deze stoornissen in haar behandelplan en in de uitvoering van haar therapie.

“Ehhh, en daarbij denk ik dat veel mensen met hersenletsel toch op het gebied van executieve functies, dus eh, plannen, eh, eh, sensibiteit, ehm, ja, meer moeite hebben dan wij. Het standaardvoorbeeld is altijd als wij een Rusland een brood ko.. willen hebben dan komen we er wel aan. En waarom kan die afasiepatiënt nou niet zelfstandig bedenken, als ie niet kan praten dat ie in de bakker dat brood best wel kan pakken? Dus, nou, ja, ik denk dat daarin eh ehhh flexibiteit wel een groot probleem is en ik denk, ja het is natuurlijk toch ook eh, eh, ja, angst is dan misschien de basis, schaamte, hè, en toch ook ehhh, dat je er niet meer bij hoort of dat ze je voor gek aan zien” (Van der Kaaden). Volgens van der Kaaden is het dus ook erg belangrijk om hier in de therapie rekening mee te houden.

“Voor mij is het een uitdaging om de therapie om de bijkomende factoren heen te weven.” (Top-Termaat). Wel geeft Top-Termaat aan eventueel het afasieteam in te schakelen voor goede diagnostiek, om vervolgens weer gerichte communicatieadviezen te kunnen geven. Een verminderd ziekte-inzicht vindt Top-Termaat altijd een lastig probleem om mee te werken. Hevige gedragsproblemen zijn voor haar de enige reden om de behandeling niet voort te zetten. Als cliënten ernstige executieve stoornissen hebben, zal de therapie dusdanig aangepast moeten worden dat de doelen een ander termijn krijgen. De logopedist moet dan op korte termijn gaan werken. Wanneer de situatie verandert, zal deze weer opnieuw in kaart gebracht moeten worden. Daarnaast kan leerbaarheid een probleem zijn in de therapie. De therapie zal hierop moeten worden aangepast (Top-Termaat).

De enige contra-indicatie voor therapie is volgens alle experts motivatie. “Op het moment dat iemand binnen komt en zegt: “ik wil niet, dan houdt het op, dan houdt het echt op”. (Verschaeve).

Verschaeve is van mening dat de logopedist in zo’n situatie de omgeving kan aanpassen, zodat de cliënt beter kan functioneren. ‘Dat noem je dan socio-therapeutische therapie. Je gaat de omgeving zodanig aanpassen dat hij of zij beter kan functioneren’ (Verschaeve).

Volgens Dalemans zijn er veel cognitieve stoornissen die invloed hebben op de therapie. “Ziekte-inzicht is een hele belangrijke. Als iemand geen ziekte-inzicht heeft dan is het heel erg moeilijk om een verandering tot stand te brengen” (Dalemans). Daarnaast is concentratie een belangrijke factor. Vermoeidheid is bovendien een lastig probleem dat veel voorkomt bij CVA-clients. Hier moet rekening mee gehouden worden. Daarnaast zijn problemen met het geheugen en leerbaarheid erg lastig (Dalemans).

Geconcludeerd kan worden dat stoornissen op het gebied van cognitie, emotie en gedrag invloed hebben op de therapie. Dit wordt door alle experts bevestigd. De stoornissen moeten duidelijk in kaart gebracht worden en de logopedist moet samenwerken met andere disciplines. Stoornissen in de executieve functies hebben het meeste effect op de therapie (Dalemans, Top-Termaat, Van der Kaaden en Verschaeve). Deze functies zijn van groot belang bij het inzetten van compensatiestrategieën. De executieve functies die genoemd worden zijn: planning, flexibiliteit en ziekte-inzicht. Als deze functies gestoord zijn, wordt het aanleren van compensatiestrategieën lastig.

Daarnaast worden de volgende problemen genoemd door verschillende experts, namelijk: aandacht, concentratie, leerbaarheid, ernstige gedragsproblemen en depressie. Alle bovengenoemde problemen zijn volgens geen enkele expert contra-indicaties voor therapie. Ten slotte wordt door vier van de vijf experts ‘motivatie’ genoemd als contra-indicatie voor therapie.

2.8 SAMENVATTING LOGOPEDISTEN

Alle logopedisten uit afasiecentra die geïnterviewd zijn, bevestigen dat cognitieve stoornissen een grote invloed kunnen hebben op de behandeling. Veel cliënten hebben cognitieve stoornissen naast de afasie en zij kunnen een negatieve invloed hebben op de therapie. Deze cognitieve stoornissen zijn: vermindering van motivatie, geheugenproblemen en weinig ziekte-inzicht. De hulpvraag moet daadwerkelijk bij de cliënt zelf vandaan komen, zodat er motivatie is om hiermee aan de slag te gaan. Ernstige stoornissen in het geheugen

kunnen moeilijkheden geven in de leerbaarheid van de cliënt. Als laatste moet de cliënt zich bewust zijn van zijn probleem om hiermee aan de slag te kunnen.

Daarnaast worden nog een aantal andere cognitieve stoornissen genoemd, zoals stoornissen in de executieve functies en aandachtstoornissen.

Alle logopedisten zijn van mening dat cognitieve stoornissen nooit een contra-indicatie vormen voor therapie. De stoornissen worden meegenomen in het behandelplan en vormen een extra uitdaging.

De huidige situatie van de functionele afasietherapie wordt in dit hoofdstuk in kaart gebracht. Het hoofdstuk bevat verschillende onderwerpen die van belang zijn voor de therapie.

3.1 INVENTARISATIE VAN HULPVRAAG EN OPSTELLEN DOELEN

Het inventariseren van de hulpvraag is de eerste stap in een functioneel behandeltraject. De communicatieve behoeften van de cliënt vormen namelijk het uitgangspunt van de behandeling (Sevat & Heesbeen, 2000).

Door communicatieproblemen is de cliënt niet meer in staat bepaalde functionele handelingen uit te voeren. Hierbij kan het gaan om boodschappen doen of het uitvoeren van een hobby. Ook kan het te maken hebben met het oppakken van zijn baan. Doordat een communicatieprobleem voor iedere cliënt andere gevolgen kan hebben, is de functionele hulpvraag voor elke cliënt verschillend. Om die reden is het van groot belang dat de functionele doelen aansluiten bij de hulpvraag van de cliënt (Sevat & Heesbeen, 2000).

In het onderzoek van Lacroix, Dalemans, en Beurskens (2010) worden de Behoeften-Inventarisatie en Probleem-Analyse van Communicatieve activiteiten (BIPAC; Sevat & Heesbeen, 2001) en de Community Integration Questionnaire (CIQ; Willer, 1993; Dalemans, 2008; allen besproken in Lacroix et al., 2010) als meetinstrumenten op activiteiten- en participatieniveau genoemd. Met behulp van de BIPAC worden de behoeften van de cliënt op het gebied van dagelijkse activiteiten, zoals 'zelfstandig reizen met de trein', 'een telefoon gesprek voeren' of 'een boodschap doen' in kaart gebracht. De problemen die cliënten hierbij tegenkomen worden geanalyseerd. Op deze manier kan de hulpvraag worden achterhaald en worden er aanwijzingen gevonden voor het opstellen van behandeldoelen (Sevat & Heesbeen, 2000).

De CIQ bestaat uit drie sub-schalen, namelijk de 'Home Integration'-schaal, 'Social Integration'-schaal en 'Productivity'-schaal. Deze drie schalen worden onderverdeeld in verschillende activiteiten. In de 'Home Integration'-schaal wordt bijvoorbeeld onderscheid gemaakt in het betalen van rekeningen en winkelen. Een hogere totaalscore wordt geassocieerd met een grote onafhankelijkheid (Willer et al., 1993; besproken in Dalemans, de Witte, Wade, & Van den Heuvel, 2007).

De volgende stap in een functioneel behandeltraject is het opstellen van doelen. Wade (2009; besproken in Hersch et al., 2012) geeft een dubbele betekenis van het 'doel'. Deze definitie omvat beide betekenissen, namelijk "een eindpunt, en een poging dit eindpunt te bereiken" (p. 972). De NVAT (2012) spreekt daarnaast over twee aspecten in het stellen van doelen: de *reikwijdte* en de *zelfstandigheid*. De reikwijdte heeft te maken met de situatie waarin iemand communiceert. Het hangt af van het aantal aanwezige communicatiepartners en de situatie waarin de communicatie plaatsvindt. Dit zal de complexiteit van de communicatie voor de cliënt bepalen. De mate van zelfstandigheid wordt bepaald door de ernst van de afasie. Wanneer de cliënt beperkt is in zijn zelfstandigheid, heeft hij bijvoorbeeld een gesprekspartner nodig, een hulpmiddel of maakt hij gebruik van compensatiestrategieën. De reikwijdte en de zelfstandigheid worden meegenomen in het opstellen van de behandeldoelen.

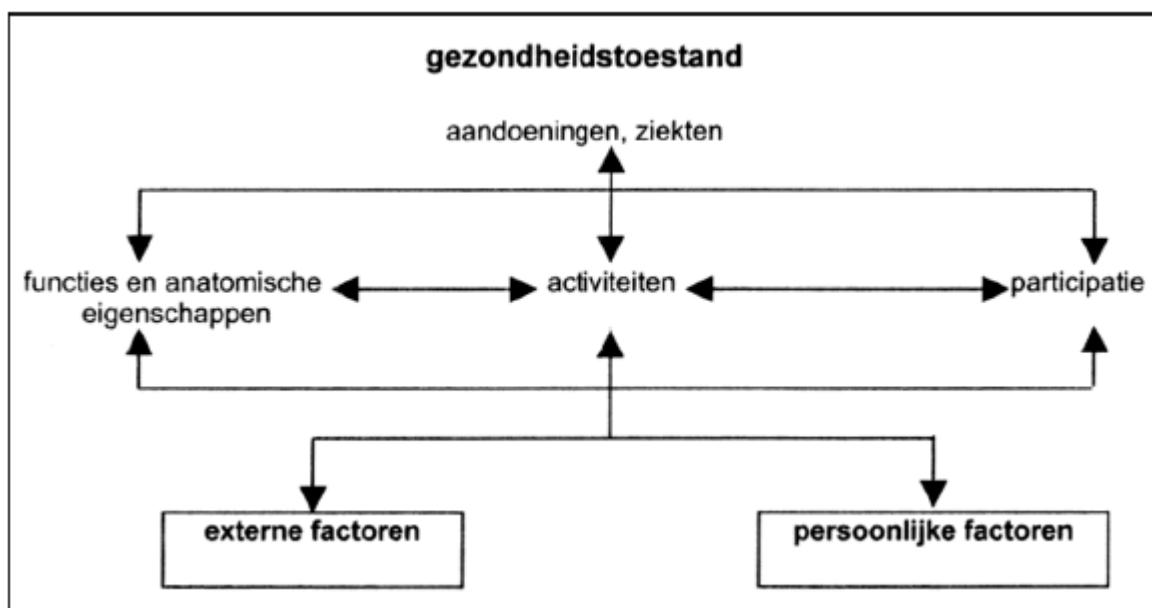
Het opstellen van therapiedoelen is van groot belang, omdat de logopedist dan doelgericht kan behandelen. Daarnaast maken de doelen het mogelijk de therapie te evalueren (Wade, 2009; besproken in Hersh et al., 2012). Uit een onderzoek van Parr (2007) en Parr et al. (1997; allen besproken in Chue, Rose, & Swinburn, 2010) blijkt dat therapiedoelen vaak niet overeenkomen met de doelen van de cliënt. Volgens Worrall (1999; besproken in Visch-Brink & Wielaert, 2005) is het belangrijk dat de logopedist de behandeldoelen in samenspraak met de cliënt opstelt.

3.1.1 INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH (ICF)

De World Health Organization (WHO) publiceerde in 2001 het ICF-model. Dit model bestaat uit verschillende domeinen die schematisch worden weergegeven in figuur 2 (NVAT, 2012).

In de logopedie wordt gebruik gemaakt van dit model (Heerkens & De Beer, 2007; Heerkens et al., 2008; allen besproken in NVAT, 2012).

In het functionele behandeltraject wordt gekeken naar de beperkingen op activiteiten- en participatieniveau, waarbij de externe en persoonlijke factoren een belangrijke rol spelen (Lacroix et al., 2010).



Figuur 2: Het ICF schema. Overgenomen van "Afasie Interventie Schema van de Nederlandse Vereniging van Afasietherapeuten (NAIS)," van NVAT (2012), www.afasietherapie.info/NAIS, p.18.

Naast het ICF-model is er het Rehabilitation Problem Solving model (RPS; Steiner et al., 2002; besproken in Beurskens, van Peppen, Stutterheim, Swinkels, & Wittink, 2008). Dit model is gebaseerd op het ICF-model, maar aangevuld met de perceptie van de cliënt. Het bestaat uit verschillende domeinen, namelijk: functie/stoornissen, activiteiten, participatie, persoonlijke factoren en omgevingsfactoren. Het is zo opgesteld dat de problemen die de cliënt ervaart en de problemen die de therapeut signaleert, gescheiden vastgelegd kunnen worden. De therapeut krijgt daardoor een overzichtelijk beeld van de problemen die er zijn. Daarnaast kunnen relaties gelegd worden tussen de verschillende domeinen. Verder krijgt

de cliënt meer de mogelijkheid om mee te beslissen in het revalidatieproces (Beurskens et al., 2008).

3.1.2 SAMENVATTING LOGOPEDISTEN

Het inventariseren van de hulpvraag wordt door alle geïnterviewde logopedisten in het afasiecentrum op dezelfde manier gedaan. Ze gaan namelijk allemaal in gesprek met de cliënt. In dit gesprek wordt de hulpvraag geïnventariseerd zonder een meetinstrument te gebruiken. Wel worden er in sommige afasiecentra vragenlijsten gebruikt. Bij sommige cliënten wordt bij de intake de omgeving betrokken en bij andere cliënten niet.

Meetinstrumenten zoals de BIPAC worden niet gebruikt. Twee van de vijf logopedisten geven aan dat ze het instrument gedateerd vinden. Twee van de vijf logopedisten zeggen de hulpvraag en de doelen door middel van een gesprek helder genoeg te krijgen en geven daar de voorkeur aan.

De doelen worden vaak in samenspraak met de cliënt opgesteld. Deze doelen ontstaan vanuit de hulpvraag. In sommige gevallen zijn de doelen al bekend, of vloeien ze voort uit eerdere doelen uit het revalidatiecentrum. Drie van de vijf afasiecentra werken met een doelenkaart. Op deze kaart staan de doelen van de cliënt uitgewerkt, zodat duidelijk is waar aan gewerkt wordt en daarnaast is de kaart inzetbaar om te evalueren in de groep.

3.2 INDIVIDUELE THERAPIEËN

“Functionele therapie heeft tot doel zo effectief en zelfstandig mogelijk een boodschap over te dragen of te ontvangen in een communicatieve situatie die voor de afasiecliënt relevant en gewenst is, ongeacht de wijze waarop.” (Schram, 2000; besproken in Schram, 2003, p. 151).

Volgens Worrall (1995) zijn er drie niveaus waarop functionele therapie kan worden gegeven:

1. De logopedist biedt praktische hulpmiddelen aan, zoals een kaart met daarop adressen van een bestemming geschreven voor taxichauffeurs, een vooraf ingevulde bankcheque, etc.
2. Communicatiestrategieën kunnen aangeleerd worden gericht op het veranderen van het communicatieve gedrag van de cliënt. Een voorbeeld van een strategie is het gebruiken van non-verbale communicatie, om het overbrengen van een boodschap te ondersteunen. Ook het gebruik van vulwoorden (zoals: uhm) kan hier van toepassing zijn. Dit zorgt ervoor een gesprek gaande te houden wanneer de cliënt niet op een woord kan komen. Een andere strategie kan zijn dat de cliënt leert zijn gesprekspartner om hulp te vragen, door bijvoorbeeld te vragen of hij zijn boodschap wil herhalen.
3. Er zijn ook cliënten die geen gebruik willen maken van hulpmiddelen of strategieën. Dan wordt therapie gegeven ter verbetering van de stoornis zelf, met als doel een zo normaal mogelijk verbaal niveau te behalen. Dit niveau van therapie kan alleen bij de lichte vormen van afasie worden toegepast.

Het eerste niveau dat Worrall (1995) beschrijft, is een vorm van compensatie die geen werkwijze of methode is. Daarnaast valt op dat het derde kenmerk een vorm van stoornisgerichte therapie is. In dit hoofdstuk zal daarom alleen aandacht besteed worden aan

het tweede niveau van de functionele therapie. Verschillende therapieën beschreven in literatuur zullen worden toegelicht.

3.2.1 PROMOTING THE APHASIC'S COMMUNICATIVE EFFECTIVENESS (PACE)

PACE (Davis & Wilcox, 1985; besproken in Wielaert & Berns, 2003; Davis, 2005) is een therapeutische werkwijze, die bijna dertig jaar geleden is ontwikkeld. Deze werkwijze is gebaseerd op vier principes: nieuwe informatie, beurtwisseling, vrije keuze van communicatiekanaal en feedback op basis van begripelijkheid. Een kernaspect van PACE is modeling, wat wil zeggen dat de behandelaar steeds het goede voorbeeld geeft. Vroeger werd deze vorm van therapie gegeven volgens de vier basisprincipes en stond de werkwijze centraal in de stoornisgerichte behandeling. Visch-Brink (1999; besproken in Wielaert & Berns, 2003) zette PACE in op een ander moment van de afasiebehandeling, namelijk op het moment dat de cliënt de geleerde strategieën integreerde in zijn dagelijks leven. Tegenwoordig wordt PACE bijna alleen als een functionele benadering gezien, die de afaticus helpt zijn communicatieve vaardigheden te verbeteren (Davis, 2005). De algemene werkwijze van PACE wordt hierbij gebruikt, maar niet alle basisprincipes worden hierbij doorlopen (Wielaert & Berns, 2003). PACE is zeer geschikt om de cliënt te trainen in het overbrengen van een boodschap ongeacht de manier waarop deze wordt overgebracht. Hierin is de rol van de therapeut het aanbieden van communicatiekanalen die de cliënt wil leren gebruiken (Bastiaanse, 2010).

Het effect van alleen de traditionele PACE-werkwijze is nooit onderzocht (Bastiaanse, 2010). Wel is er onderzoek gedaan naar het effect van PACE-vergelijkende oefeningen in combinatie met semantische taaltherapie. Dit is vergeleken met de traditionele toegepaste PACE-werkwijze door Springer et al. (1991; besproken in Bastiaanse, 2010). Uit dit onderzoek blijkt dat het effect groter is wanneer de principes van PACE in combinatie met semantische taaltherapie worden gebruikt, dan wanneer alleen de traditionele PACE toegepast wordt.

Voortkomend uit PACE (Davis & Wilcox, 1985; besproken in Schram, 2003) en Totale Communicatietherapie van Pijfers et al. (1984; besproken in Schram, 2003), is de werkwijze van verpleeg- en reactiveringcentrum Birkhoven te Amersfoort (Goos, Heesbeen & Sevat, 1999) ontwikkeld. Bij deze werkwijze wordt de nadruk gelegd op het aanleren van compensatiestrategieën door het gebruik van alternatieve communicatiemiddelen en – kanalen.

In de behandeling wordt in vier stappen van de situatie binnen de therapie naar de praktijksituatie toegewerkt:

1. Het trainen van de basisvoorwaarden en basisvaardigheden (concentratie, luisterhouding, acceptatie en oefenen met het gebruik van alternatieve communicatiemiddelen).
2. Overdracht naar de praktijk. Hierbij wordt er een specifieke situatie gekozen waarin de cliënt kan oefenen. Dit wordt gedaan door bijvoorbeeld een rollenspel.
3. Begeleid oefenen in de praktijk. Hierin oefent de cliënt de activiteit in het dagelijks leven onder begeleiding van de therapeut.
4. Zelfstandig oefenen in de praktijk. De cliënt gaat de activiteit nu zelfstandig toepassen, zonder begeleiding.

3.2.2 REDUCED SYNTAX THERAPY (REST)

De REST-therapie (Ruiter et al., 2003; besproken in Ruiter, Kolk, & Rietveld 2010) is de meest recente ontwikkeling binnen de functionele afasietherapie. De oorspronkelijke therapie is ontwikkeld door Schlenck et al. (1995; besproken in Ruiter et al., 2010). In 2003 is door Ruiter et al. (besproken in Ruiter et al., 2010) de Nederlandse versie ontwikkeld. REST-therapie is een compensatietherapie met als doel de agrammatische spreker zo goed mogelijk gebruik te laten maken van zijn resterende taalvermogens. Men wordt geleerd te spreken in ellipsen. Dit zijn uitingen die onvolledig zijn ten opzichte van de normale zinsconstructie (bijvoorbeeld: ik boodschappen doen) (Ruiter et al., 2010). Onderzoek naar de hoeveelheid hersenactiviteit die het spreken vereist, wijst uit dat het spreken in ellipsen minder taalkundige verwerking vereist dan het produceren van volledige zinnen (Indefrey et al., 2001; besproken in Ruiter et al., 2010). Het spreken in ellipsen kan de afaticus dus minder energie kosten.

Van den Berg en Kolk (1996; besproken in Ruiter et al., 2010) hebben onderzoek gedaan naar het effect van de REST-therapie. De therapie is daarbij op twee agrammatische afatici toegepast. Uit het onderzoek blijkt dat de REST-therapie een efficiënte manier van spreken oplevert en daarnaast een positief effect heeft op de functionele communicatie. In 2010 is er opnieuw onderzoek gedaan naar het effect van de REST-therapie door Ruiter et al. met twaalf agrammatische afatici. Dit onderzoek heeft uitgewezen dat agrammatische afatische sprekers in staat zijn het elliptisch spreken te leren, maar dat dit niet altijd de communicatieve inhoud van de boodschap verhoogt. Uit het onderzoek kwam naar voren dat executieve functiestoornissen van de afatici van grote invloed zijn op het resultaat van de REST-therapie. Daarnaast speelt acceptatie voor het compenserende spreekgedrag een rol. Om het effect hiervan te bepalen moet nog wel nader onderzoek gedaan worden (Ruiter et al., 2010).

3.2.3 TEKENTHERAPIE

Wanneer de afaticus nauwelijks verbale mogelijkheden heeft, zal de therapeut hem trainen in het gebruik van ondersteunde communicatie (Wiegers & Sibon, 2003).

Robert en Willemarck (2003) hebben een case study uitgevoerd naar tekentherapie bij een cliënt met een zuiver globale afasie. Het doel was de functionele communicatie te verbeteren via non-verbale mogelijkheden. De therapie zag er als volgt uit: allereerst werd er getraind op taakgerichtheid. Nadat dit onder de knie was, moest de cliënt een tekening natekenen. Vervolgens werden objecten nagetekend op auditief verzoek. Ten slotte werden situaties uitgetekend door zowel cliënt als therapeut. Hierbij vulden zij elkaar om de beurt aan.

De cliënt uit dit onderzoek liet een vooruitgang zien in zijn tekenvaardigheden, die hij in de therapie goed gebruikte. Er vond echter geen generalisatie naar het dagelijks leven plaats. Dit was in alle waarschijnlijkheid te wijten aan zijn geringe ziekte-inzicht, verwerkingsproblemen en zijn premorbide karakter (Robert & Willemarck, 2003).

3.2.4 GEBARENTHERAPIE

De Visual Action Therapie (VAT; Groet, 1998; besproken in Verschaeve, 2003) is een gestructureerde therapie die de cliënt gebaren leert te gebruiken als compensatie. Allereerst

werd er een verband gelegd tussen een afbeelding op ware grootte en een voorwerp. Dan werd er met behulp van een voorwerp een gebaar uitgelokt. Vervolgens werden deze gebaren geoefend zonder hulp van voorwerpen. Daarna moest de cliënt gebaren maken aan de hand van actieafbeeldingen en ten slotte koppelde hij het gebaar aan de kleine getekende afbeelding van het voorwerp.

De ervaringen met deze vorm van therapie zijn verschillend. Er treedt vaak geen generalisatie op naar het dagelijks leven (Verschaeve, 2003). Daarom is het beter een aantal veel gebruikte, concrete gebaren aan te leren die kunnen worden gekoppeld aan veel voorkomende situaties (Rao, 2001; besproken in Verschaeve, 2003). Uitbreiding van gebaren is dan altijd nog mogelijk.

3.2.5 SAMENVATTING LOGOPEDISTEN

Vier van de vijf logopedisten heeft aangegeven tijdens de therapie gebruik te maken van PACE of PACE-achtige methoden, of houdt de PACE-methode tijdens de behandeling in het achterhoofd. Deze methode kan wel op veel verschillende manieren ingezet worden, maar uiteindelijk wordt er gestreefd naar een meer natuurlijke situatie. Er kan geconcludeerd worden dat de PACE of PACE-achtige methode vaak een onderdeel is van totale communicatie en dat het vaak een manier van denken is die de cliënt aangeleerd wordt.

Daarnaast geven alle logopedisten aan dat wat zij gebruiken voor de invulling van de behandeling heel divers is aan materiaal en werkwijzen. Zo kunnen dezelfde materialen op verschillende manieren aangeboden worden, waardoor de therapie een ander doel krijgt. Zo wordt bijvoorbeeld gebruik gemaakt van een oefening uit de stoornisgerichte therapie. Daarnaast kan voor lezen bijvoorbeeld het 'Nieuwsbegrip' of 'Leeslicht' gebruikt worden en zijn methodes voor Nederlands als tweede taal (NT2) op verschillende manieren inzetbaar. Drie van de vijf logopedisten geven wel aan dat creativiteit in het bedenken van de behandeling onmisbaar is. Er zijn materialen genoeg, maar de manier van aanbieden zal altijd maatwerk blijven.

Twee van de vijf logopedisten geven aan dat vaak hetzelfde wiel uitgevonden wordt als het gaat om de invulling van de behandeling. Een overzicht waarin de werkwijzen van verschillende logopedisten gebundeld staan is daarom een wens. Zo kunnen logopedisten van elkaars werkwijzen gebruik maken, wat de logopedist tijd en energie kan besparen. Eén logopedist gaf aan dat er een bundeling gemaakt kan worden. Deze kan het beste digitaal beschikbaar zijn, zodat het gemakkelijker up-to-date gehouden kan worden.

3.2.6 COMMUNICATIEHULPMIDDELEN

In de communicatie kan de cliënt zich op meerdere manieren proberen te uiten: verbaal, non-verbaal of via een communicatiehulpmiddel (Schram, 2003). Cliënten met een ernstige afasie hebben echter moeite om verbaal duidelijk te maken wat zij willen. Het is voor deze cliënten belangrijk dat zij zich op een andere manier leren uiten, zodat zij beter kunnen deelnemen in de maatschappij (Wiegers & Sibon, 2003). Om cliënten met een ernstige afasie weer te kunnen laten participeren in de maatschappij en integreren in sociale activiteiten, kan het gebruik van andere communicatiekanalen of een communicatiehulpmiddel helpen (Van de Sandt-Koenderman, Wielaert, Wiegers, Duivenvoorden, & Ribbers, 2007; Wiegers & Sibon, 2003). Er zijn een aantal

basisvoorwaarden waar een cliënt aan moet voldoen, wil een communicatiehulpmiddel effect hebben (Verschaeve & Wielaert, 1994; Hux et al., 1994; allen besproken in Heintjes, 2003). Deze voorwaarden zijn: het hebben van voldoende communicatiegerichtheid, voldoende aandacht en concentratie, voldoende geheugen, voldoende vermogen om van communicatiekanaal te wisselen en het hebben van een stimulerende en begrijpende omgeving. Volgens Murphy et al. (1996; besproken in Wiegers & Sibon, 2003) gebruiken cliënten communicatiehulpmiddelen relatief weinig in de dagelijkse communicatie. Zij beschrijven dat dit verschillende oorzaken kan hebben. Zo kan de cliënt onvoldoende gemotiveerd zijn, er onvoldoende acceptatie zijn bij de cliënt of omgeving, het communicatiehulpmiddel onvoldoende draagbaar zijn, er te weinig tijd is voor training en aanpassing van het hulpmiddel en kan het zijn dat het vocabulaire onvoldoende aangepast is aan de persoonlijke wensen en behoeften van de cliënt.

In de afasietherapie zijn er twee soorten communicatiehulpmiddelen: low-tech communicatiehulpmiddelen en high-tech communicatiehulpmiddelen (Wiegers & Sibon, 2003). Volgens Wiegers & Sibon (2003) zijn low-tech communicatiehulpmiddelen onder andere gebaren, aanwijzen, schrijven en tekenen, maar ook het Taalzakboek (de Vries et al., 2001; besproken in Wiegers & Sibon, 2003) en het Gespreksboek (Verschaeve et al., 1998; besproken in Wiegers & Sibon, 2003). High-tech communicatiehulpmiddelen zijn bijvoorbeeld TouchSpeak (TS) en Portable Communication Assistant for People with Dysphasia (PCAD; Johnson, Hough, King, Vos, & Jeffs, 2008). In de volgende paragraaf worden de verschillende soorten communicatiehulpmiddelen beschreven, met uitzondering van het gebruik van andere communicatiekanalen die eerder in dit hoofdstuk beschreven zijn.

3.2.7 LOW-TECH COMMUNICATIEHULPMIDDELEN

Volgens Heintjes (2003) wordt in de revalidatiefase na een beroerte vaak het Taalzakboek (De Vries et al., 2001; besproken in Heintjes, 2003), het Gespreksboek (Verschaeve et al., 1998; besproken in Heintjes, 2003) of het Aanwijsboek (Haas, 1998; besproken in Heintjes, 2003) gebruikt. De voordelen van deze low-tech communicatiehulpmiddelen zijn dat ze voorgedrukt en direct te gebruiken zijn. Een nadeel is dat ze niet op maat gemaakt zijn voor de individuele cliënt (Heintjes, 2003). Het Taalzakboek was het eerste communicatiehulpmiddel in Nederland. Het vocabulaire hierin is semantisch geordend en bestaat uit woorden en afbeeldingen die frequent voorkomen (De Vries et al., 2001; besproken in Wielaert & Berns, 2003). Het boek is bestemd voor mensen met een ernstige afasie die eenvoudige boodschappen nauwelijks kunnen overbrengen of begrijpen (De Vries, Stumpel, & Stoutjesdijk, 1997). Het Gespreksboek is eveneens een low-tech communicatiehulpmiddel en is bedoeld voor cliënten met een globale afasie en/of ernstig verbaal-expressieve beperkingen. Door de wie-wat-waar-structuur in het boek kunnen gesprekken meer gestructureerd verlopen (Verschaeve et al., 1998; besproken in Wielaert & Berns, 2003). Het Taalzakboek is makkelijker in gebruik dan het Gespreksboek en daarmee geschikter voor cliënten die ernstiger aangedaan zijn (De Vries et al., 1997).

3.2.8 HIGH-TECH COMMUNICATIEHULPMIDDELEN

High-tech communicatiehulpmiddelen voor volwassenen met afasie behoren tot de PCAD (Tippell & Hardy, 2000; Wiegers & Van de Sandt-Koenderman, 2002; allen besproken in

Wielandt & Berns, 2003). De PCAD is een draagbaar communicatiehulpmiddel dat symbolen, afbeeldingen, tekst en gedigitaliseerde en gesynthetiseerde spraak bevat (Johnson et al., 2008). TS is een voorbeeld van een PCAD. TS is een high-tech communicatiehulpmiddel waarin een persoonlijk vocabulaire geprogrammeerd kan worden. Dit vocabulaire is gebaseerd op een aantal specifieke situaties die belangrijk zijn voor de cliënt (Van de Sandt-Koenderman et al., 2007). Het doel van TS is de communicatie in het dagelijks leven van de afasiecliënt te ondersteunen (Wiegers & Hardy, 2005; besproken in Van de Sandt-Koenderman et al., 2007).

Recent is er een nieuwe app uitgekomen, speciaal ontwikkeld voor afatici, die ook flexibel en dynamisch in gebruik is. Deze app kan gebruikt worden als ondersteunend hulpmiddel in de communicatie. De 'Communicado' app (Zuijndorp, 2012) heeft een wie-wat-waar-structuur en kan geheel ingericht worden naar de wensen van de cliënt.

3.2.9 SAMENVATTING LOGOPEDISTEN

Cliënten blijken communicatiehulpmiddelen heel verschillend te gebruiken; de één gebruikt zijn hulpmiddel gemakkelijk in de communicatie, de ander probeert zichzelf toch zonder hulpmiddel te uiten. Eén van de vijf logopedisten uit afasiecentra vertelt dat het al dan niet (kunnen) gebruiken van een communicatiehulpmiddel te maken heeft met de logopedist, de houding en communicatieve mogelijkheden van de cliënt en hoe de omgeving met het communicatiehulpmiddel omgaat. Twee andere logopedisten benoemden ook de cognitieve beperkingen van de cliënt voor het niet succesvol kunnen gebruiken van een hulpmiddel.

Het blijkt dat verschillende soorten hulpmiddelen gebruikt worden. De ene cliënt heeft een Gespreksboek, de ander een TS en weer een ander heeft een zelfgemaakt mapje met foto's van familieleden en informatie over zichzelf. Het Taalzakboek wordt in de praktijk niet veel gebruikt. Het Gespreksboek blijkt volgens één logopedist lastig in gebruik, maar kan volgens deze logopedist bij cognitief redelijk goede cliënten wel ingezet worden. Een andere logopedist vindt het Gespreksboek wel geschikt als communicatiehulpmiddel vanwege de wie-wat-waar-structuur. Weer een andere logopedist ervaart deze structuur ook als zinvol voor afatici, maar gebruikt hiervoor de iPad in plaats van het Gespreksboek. Vier van de vijf logopedisten uit afasiecentra merken dat de iPad erg in opkomst is. De iPad is gemakkelijker in gebruik dan andere communicatiehulpmiddelen en kan aangepast worden aan de persoonlijke behoeften van de cliënt. Eén logopedist heeft de iPad niet genoemd. Het persoonlijk maken van een communicatiehulpmiddel is volgens twee van de vijf logopedisten erg belangrijk.

In het gebruik van communicatiehulpmiddelen in de dagelijkse communicatie, is het belangrijk om een stimulerende gesprekspartner te hebben; zo wordt de cliënt gestimuleerd het communicatiehulpmiddel te gebruiken en kan de partner het hulpmiddel helpen aanpassen waar nodig. Het betrekken van de partner en de omgeving wordt door drie van de vijf logopedisten genoemd in de interviews. Ook waren twee van de vijf logopedisten het eens dat communicatiehulpmiddelen ingezet moeten worden in communicatieve situaties met onbekenden; bekenden weten vaak wel wat de afaticus wil zeggen. De afaticus kan ook bekenden om hulp vragen om zich te uiten wanneer dit moeilijk gaat. Tot slot vertelden alle logopedisten dat niet iedere afaticus zijn communicatiehulpmiddel gebruikt. Volgens twee van hen kan dit te maken hebben met dat de afaticus er nog niet aan toe is. De andere logopedisten zijn van mening dat dit kan komen door de cognitieve beperkingen van de

cliënt, door de omgeving en/of de wil om via het hulpmiddel te communiceren. In de praktijk blijkt dat sommige afatici pas na een tijd nadat ze het hulpmiddel hebben gekregen, het gaan gebruiken.

3.3 GROEPSTHERAPIE

Leipoldt, Schavemaker, en Voorberg (2005) en Elman en Bernstein-Ellis (1999) geven aan dat groepstherapie als aanvulling gezien kan worden op individuele therapie. Het is gebruikelijk dat de cliënt begint met individuele therapie en dat groepstherapie pas ingezet wordt in een meer gevorderd stadium van therapie (Leipoldt et al., 2005).

Chrispijn (2003) geeft een omschrijving van het groepsproces:

In een groep gaat het om 'iets' wat mensen samenbrengt, meestal op een vooraf afgesproken tijd en plaats en met een bepaald doel of bedoeling. Dat 'iets', de interactie en communicatie, maakt een groep tot een groep, meer dan een verzameling mensen. Er ontstaan nieuwe en eigen kenmerken die samen een nieuw geheel vormen. De groep streeft een gemeenschappelijk doel na en er zullen gedeelde gedragsregels ontstaan; van individu wordt men groepslid. (p. 54)

3.3.1 DOELEN

Groepstherapie voor afatici wordt in Nederland net zo lang toegepast als individuele therapie. Echter verschillen deze therapieën in doelstelling (Leipoldt et al., 2005). De doelen voor groepstherapie kunnen globaal ingedeeld worden in drie gebieden (Leipoldt et al., 2005):

- Verbeteren van de communicatieve vaardigheden door tegelijkertijd aan meerdere aspecten van communicatie te werken;
- Begeleiding in de verwerking van moeilijkheden op het psychosociale vlak (Leipoldt et al., 2005; Chrispijn, 2003);
- Begeleiding op maatschappelijk gebied.

Verder kan groepstherapie gebruikt worden om individuele logopedische therapie af te bouwen. De cliënt oefent wat hij geleerd heeft binnen de individuele therapie in de praktijk (Elman, 2007a).

3.3.2 GROEPSSAMENSTELLING

Volgens Leipoldt et al. (2005) blijkt het in de praktijk moeilijk om een homogene groep samen te stellen. Zij geven als reden aan dat het cognitieve niveau en het type afasie van elke cliënt namelijk erg verschilt en het daarom lastig zou kunnen zijn om een homogene groep samen te stellen. Zij hebben een aantal punten opgesteld waar rekening mee gehouden zou kunnen worden:

- De mate waarin de cliënt in staat is contact te maken;
- Het hebben van interesse in andere deelnemers;
- Het functioneren in het algemeen: vertoont iemand bijvoorbeeld storend gedrag.

Bernstein-Ellis en Elman (2007) hebben ervaring met zowel homogene als heterogene groepen. Beide werkwijzen zijn volgens hen bruikbaar.

Verder geven Bernstein-Ellis en Elman (2007) aan dat zij ervaren hebben dat het moeilijk is om een conversatie op gang te houden met een groep minder dan vier cliënten. Een groep met tien cliënten is juist een te groot aantal. Chrispijn (2003) is van mening dat het juiste aantal rond de acht deelnemers ligt.

3.3.3 VOOR- EN NADELEN

Onderzoekers op het gebied van groepstherapie geven verschillende voor- en nadelen aan van het geven van therapie in groepsverband. Deze staan hieronder beschreven:

- Een gespreksgroep lokt interactie tussen de groepsleden uit. Deze interactie kan het beurt nemen in een gesprek en initiatief nemen vergroten (Davids, 1986; Wilcox, 1983; allen besproken in Elman, 2007b).
- Een gespreksgroep bevordert de transfer naar het dagelijks leven, doordat een groep een natuurlijke spreeksituatie creëert (Kearns & Elman, 2001; Lyon, 1992; allen besproken in Elman, 2007b; Elman & Bernstein-Ellis, 1999).
- Een groep geeft de gelegenheid om het geleerde toe te passen in de praktijk (Elman, 2004; besproken in Elman, 2007b).
- Een gespreksgroep geeft afatici de gelegenheid om hun gedachten, meningen en gevoelens te delen met andere afatici (Elman, Kagan & Cohen-Schneider, 2001; besproken in Elman, 2007b).
- Een gespreksgroep oefent zowel transactioneel taalgebruik (de boodschap overbrengen), als interactioneel taalgebruik (de interactie tussen verschillende groepsleden) (Elman, 2007b).
- Groepstherapie is een kosteffectieve manier van therapie geven (Elman, 2007b).
- De groepsleden kunnen herkenning bij elkaar vinden, zeker wanneer het over afasie gaat (Chrispijn, 2003).
- De groep kan een isolement doorbreken. Het samenkomen van de groep is een vast moment in de week (Chrispijn, 2003).

Tevens kunnen er nadelen zijn wat betreft groepstherapie. Cliënten kunnen opzien tegen therapie in groepsverband, omdat het te confronterend kan zijn. Cliënten kunnen contact met medegroepsleden vervelend vinden (www.groepspsychotherapie.nl; besproken in Leipoldt et al., 2005). Sommige cliënten kunnen weerstand tegen groepen voelen. Dit kan berusten op een negatieve ervaring, maar dit kan ook een vooroordeel zijn (Leipoldt et al., 2005; Chrispijn, 2003). Tevens kan de grootte van een groep als een nadeel uitpakken, omdat niet iedereen aan de beurt kan komen (Chrispijn, 2003).

3.3.4 SAMENVATTING LOGOPEDISTEN

Drie logopedisten geven aan dat groepen in het afasiecentrum bestaan uit ongeveer zes à zeven cliënten per groep. Twee logopedisten geven aan dat de groepen uit maximaal acht cliënten bestaan. Soms kunnen de groepen kleiner zijn als dit voor cliënten prettiger is, doordat ze bijvoorbeeld overprikkeld raken of overbelast zijn. De hulpvraag van de groep kan daarnaast ook de grootte van de groep bepalen.

Een groep kan homogeen ingedeeld worden. Alle logopedisten geven aan dat een homogene groep op basis van de hulpvraag/doel of op basis van het niveau van de afasie/communicatiemogelijkheden van de cliënt ingevuld kan worden. Eén logopedist zegt dat zij voornamelijk op hulpvraag/doel van de cliënten de groep indeelt. De andere logopedisten hebben geen voorkeur. Twee logopedisten geven aan dat het soms lastig is om cliënten met verschillende niveaus in één groep te hebben. Dit vergt veel van de gespreksleider. Maar ook een groep met bijvoorbeeld globale afatici kan erg moeilijk zijn. Twee logopedisten geven aan dat zij kijken naar de communicatiemogelijkheden van de cliënten in één groep. Het heeft niet veel effect om iemand met een hoog-niveau en iemand met een laag-niveau bij elkaar te zetten, zegt één logopedist.

Er kan gezegd worden dat de logopedisten ongeveer dezelfde grootte van de groepen in het afasiecentrum hanteren. In de indeling hiervan verschillen zij echter. De ene logopedist doet dit meer op hulpvraag/doel en de ander op het niveau van de afasie/communicatiemogelijkheden van de cliënt.

3.4 OMGEVING

Logopedische behandeling is altijd gericht op de afasiecliënt en op de omgeving of de gesprekspartner (Schram, 2003). De omgeving van de cliënt kan bijvoorbeeld ingezet worden om de communicatieve vaardigheden van de cliënt te meten. De meetinstrumenten die hiervoor gebruikt kunnen worden, zullen later aan bod komen in paragraaf 3.5 'evaluatie'.

3.4.1 TRAINEN VAN DE DIRECTE OMGEVING

Begin 2012 verscheen de Partner van Afasiepatiënten Conversatietraining (PACT; Wielaert & Wilkinson, 2012; besproken in NVAT, 2012) Dit is een trainingsprogramma gericht op de gesprekspartner van de afaticus. Het doel van deze training is de partner inzicht te geven in de huidige manier van communiceren en hem strategieën mee te geven die de communicatie kunnen verbeteren. In deze training wordt in eerste instantie alleen de gesprekspartner getraind (NVAT, 2012).

3.4.2 SAMENVATTING LOGOPEDISTEN

Uit interviews met logopedisten van verschillende afasiecentra blijkt dat zij het belangrijk vinden om de omgeving van de cliënt te betrekken bij de functionele afasietherapie. Het blijkt dat drie van de vijf logopedisten gebruik maken van het communicatieschrift om de omgeving op de hoogte te houden van wat er in de therapie gebeurt. Eén logopedist vertelt dat dit ook wel eens gebeurt via de mail of via notities op de iPad van de cliënt. Daarnaast

blijkt dat twee logopedisten het belangrijk vinden om de lijntjes met de omgeving kort te houden.

Het blijkt zowel in het revalidatiecentrum als in het afasiecentrum nog lastig om de omgeving te betrekken bij de therapie, dit door meerdere omstandigheden. Deze omstandigheden zijn meestal persoonlijke factoren van de omgeving. De partner is volgens vier logopedisten meestal wel aanwezig bij het inventariseren en evalueren van de hulpvraag van de cliënt. In één afasiecentrum worden informatieavonden voor betrokkenen georganiseerd en in één afasiecentrum werd dit gedaan, maar nu niet meer mede door financiële beperkingen. Toch vinden de logopedisten deze informatieavonden wel belangrijk, zodat de omgeving weet wat afasie is en hoe ze het beste met de afaticus om kunnen gaan.

De PACT is een methode die door twee logopedisten als nuttig wordt ervaren. Eén logopedist blijkt de methode daadwerkelijk te gebruiken. Een probleem hierin is dat er vanuit de overheid geen geld gegeven wordt voor het trainen van de omgeving. De andere drie logopedisten hebben de PACT niet genoemd in de interviews. In één afasiecentrum blijkt er een Partnergespreksgroep te zijn. Verder noemt één logopedist nog dat de omgeving belangrijk is voor de generalisatie naar het dagelijks leven, maar ook dit is moeilijk te realiseren.

3.5 EVALUATIE VAN DE DOELEN

Het evalueren van de doelen wordt steeds meer een belangrijk onderwerp voor de zorgverzekering. Zij streven namelijk naar kwaliteit en kosteffectieve behandelingen (Hesketh & Hopcutt, 1997, Epstein et al., 2004; besproken in Lacroix et al., 2010).

Een uitkomst kan simpel gedefinieerd worden als een resultaat van de interventie. Meetinstrumenten zijn gemaakt om veranderingen te meten na een specifieke interventie of behandeling (Frattali, 1998; Frattali & Cornett, 1994; allen besproken in Garrett & Pimentel, 2007). Meestal worden uitkomsten verkregen door het verschil te bekijken tussen pre- en postbehandeling gegevens (Garrett & Pimentel, 2007). Hierdoor kan er een effect vastgesteld worden (Sevat & Heesbeen, 2000).

Lacroix et al. (2010) hebben een aantal punten opgesteld waarom we meten en voor wie:

- Zorgverleners: meer inzicht in eigen handelen, waardoor eigen handelen verbeterd kan worden;
- Patiënten: zij worden geïnformeerd over het effect van de behandeling en worden zo betrokken bij de zorg;
- Collega's en verwijzers: communicatie verbeteren door meer inzicht op het resultaat/effect van de behandeling;
- Overheid, wetgeving en kwaliteit: de uitkomsten van de zorg moeten steeds inzichtelijker worden (Epstein et al., 2004; besproken in Lacroix et al., 2010);
- Zorgverzekeraars: meer inzicht op het resultaat/effect van de behandeling.

In Nederland worden verschillende meetinstrumenten gebruikt om de behandeling te evalueren. Deze meetinstrumenten zijn bewerkingen van de Functional Communication Therapy Planner (FCTP; Worrall, 1999; besproken in Wielaert & Berns, 2003). Sevat en Heesbeen (2003) hebben in hun casus, uit het boek van Wielaert & Berns (2003), gebruik

gemaakt van de Birkhovense Evaluatieschaal Behandeldoelen Afasie (BEBA; Heesbeen & Sevat, 2001). Daarnaast kunnen de Amsterdam-Nijmegen Test voor Alledaagse Taalvaardigheid (ANTAT; Blomert et al., 1993; besproken in Bastiaanse, 2010) en de Scenario Test (Van der Meulen, Gelder-Houthuizen, Wiegers, Wielaert, & Van de Sandt-Koenderman, 2008) gebruikt worden.

De BEBA (Heesbeen & Sevat, 2001) meet het gedrag van de cliënt tijdens een communicatieve activiteit uit het dagelijks leven.

De doelen die in de behandeling opgesteld zijn, worden door de cliënt, een direct betrokkene en de therapeut beoordeeld door middel van een vier-puntsschaal. Er wordt in het algemeen gekeken naar de vaardigheden van de cliënt. Kan de cliënt onverwachte problemen zelfstandig oplossen? Tevens wordt gekeken hoeveel gevoelsspanning die activiteit geeft en hoe vaak de cliënt de activiteit uitvoert in het dagelijks leven. Ook wordt er gekeken naar de tevredenheid van de activiteit.

De BEBA wordt afgenomen voorafgaand aan de behandeling van een specifieke activiteit en na een periode van behandelen. De BEBA kan ook afgenomen worden na bijvoorbeeld een jaar om het effect van de behandeling op de lange termijn te meten (Heesbeen & Sevat, 2001).

De ANTAT (Blomert et al., 1993; besproken in Bastiaanse, 2010) meet de verbale communicatie van afatici. De test beoordeelt de overgebrachte boodschap op twee gebieden, namelijk verstaanbaarheid en begrijpelijkheid. Het gaat er niet om dat de cliënt correct grammaticale zinnen overbrengt, maar of hij de boodschap begrijpelijk over kan brengen. De test bestaat uit tien scenario's waar de cliënt verbaal op moet reageren. Non-verbale taal moet worden genegeerd. De ANTAT is vooral geschikt voor cliënten met een lichte tot matige afasie. Voor cliënten met een ernstige afasie is de Scenario Test meer geschikt.

De Scenario Test (Van der Meulen et al., 2008) meet de verbale en non-verbale communicatie. De test bestaat uit scenario's die auditief worden aangeboden, in combinatie met een tekening. De cliënt mag gebruik maken van alle communicatiekanalen om duidelijk te maken wat hij in een dergelijke situatie zou doen. In de test zit een opbouwende moeilijkheidsgraad. Deze moeilijkheidsgraad wordt bepaald door de hoeveelheid abstracte informatie die bij het scenario verteld wordt.

3.5.1 SAMENVATTING LOGOPEDISTEN

Uit de interviews komt naar voren dat alle logopedisten geen gestandaardiseerd instrument gebruiken om de behandeldoelen te evalueren. Zij evalueren deze doelen samen met de cliënt en de partner in een gesprek. In dit gesprek komt naar voren hoe het de afgelopen tijd is gegaan. Er wordt gevraagd naar de ervaringen van de afgelopen tijd. Eén logopedist geeft aan dat zij evalueert door middel van observaties. Alle logopedisten evalueren op verschillende tijdstipmomenten. Eén logopedist evalueert elke week met de cliënt, één andere logopedist doet dit elke maand.

Vier logopedisten geven aan dat zij geen instrument gebruiken om de kwaliteit van leven te meten bij de cliënt. Eén logopedist zegt dat ze net is begonnen met het gebruik van een instrument.

Van de vier logopedisten die geen instrument gebruiken om de kwaliteit van de leven te meten, vraagt één logopedist hiernaar in een gesprek met de cliënt en de familie. De overige drie logopedisten hebben niks benoemd in het interview over de kwaliteit van leven van de cliënt.

Er kan gezegd worden dat vier van de vijf logopedisten evalueren door middel van een gesprek met familie erbij. De tijdstippen waarop geëvalueerd wordt verschillen. De kwaliteit van leven wordt op dit moment niet gemeten in de afasiecentra die benaderd zijn.

3.6 GENERALISATIE

De mogelijkheden blijken voor de logopedist beperkt te zijn om generalisatie buiten de therapiekamer te kunnen bevorderen (Goos, 1999; besproken in Sevat & Heesbeen, 2000). Dit volgens Heesbeen en Sevat (2001) te maken hebben met financiële en logistieke beperkingen (Heesbeen & Sevat, 2001).

3.6.1 SAMENVATTING LOGOPEDISTEN

Drie logopedisten geven aan dat generalisatie naar het dagelijks leven vaak niet bereikt wordt. Dit kan te maken hebben met de cognitieve mogelijkheden van de cliënt, maar ook met een omgeving die niet betrokken is. Eén logopedist geeft sinds kort individuele therapie om generalisatie naar het dagelijks leven te bevorderen. Zij geeft aan dat wat de cliënt daarin leert, gemakkelijk kan toepassen in de groep.

Twee logopedisten geven aan dat er een verschil zit tussen het generalisatieproces in het revalidatiecentrum en in het afasiecentrum.

Daarnaast zou één logopedist graag meer betrokken willen worden bij de generalisatie en één logopedist zegt dat logopedisten de verantwoordelijkheid meer moeten leggen bij de cliënt. Dit om toch generalisatie te kunnen bereiken.

Logopedisten vinden dat generalisatie vaak niet bereikt wordt. Zij zijn niet eenduidig in wat de oorzaak hiervan zou kunnen zijn.

3.7 COMPUTERTECHNOLOGIE

Het gebruik van mobiele en computertechnologie groeit met de jaren. De afgelopen jaren besteedt daarom ook de gezondheidszorg hier meer aandacht aan. De technologie zou namelijk de therapeut kunnen helpen in de behandeling (Brandenburg, Worrall, Rodriguez, & Copland, 2013). Programma's voor interactieve communicatieve trainingen worden in de toekomst mogelijk een belangrijk hulpmiddel in de afasierevalidatie (Van de Sandt-Koenderman, 2011). Daarnaast zou de technologie uitstekende mogelijkheden bieden voor het verbeteren van de maatschappelijke participatie van de cliënt (Brandenburg et al., 2013; Van de Sandt-Koenderman, 2011).

Elman en Larsen (2010; besproken in Brandenburg et al., 2013) hebben onderzoek gedaan naar de behoefte van het computergebruik van afatici. Hieruit blijkt dat 79% van de 33 deelnemers een computer gebruikte voor het CVA, 58% er nu nog gebruik van maakt en 82% er in de toekomst weer gebruik van wil maken. Er blijkt ook enig bewijs te zijn dat afatici

nog gebruik maken van de mobiele technologie, maar veelal worden zij belemmerd in het gebruik door een aantal factoren.

Zoals eerder beschreven geven Van de Sandt-Koenderman et al. (2007) aan dat verschillende factoren de cliënt kunnen beperken in het gebruik van mobiele technologie. In dit onderzoek is TS gebruikt. Ook Brandenburg et al. (2013) beschrijven dat de afaticus wordt beperkt in het gebruik van technologie. Dit door de taalstoornis, maar ook door andere CVA- en leeftijdsgerelateerde stoornissen. Betreffende de taalstoornis beschrijft Van de Sandt-Koenderman (2011) dat vooral de beperkingen in het lezen en schrijven problemen geven. Bovendien spelen kenmerken als motivatie, cognitie, verwachtingen en ondersteuning vanuit de omgeving een rol wanneer het gebruik van technologie overwogen wordt (Chen & Bode, 2011; besproken in Brandenburg et al., 2013).

De ontwikkelingen van de computertechnologie met betrekking tot het functioneren op activiteiten- en participatieniveau van de afatici zijn nog schaars. Er wordt op het internet genoeg geschreven over afasie, maar voor afatici zelf is het internet veel minder toegankelijk door de hierboven genoemde oorzaken. Dit terwijl het internet juist een groot sociaal netwerk is, wat de afaticus uit zijn sociaal isolement kan halen (Van de Sandt-Koenderman, 2011). Daarnaast wordt het gebruik van internet voor dagelijkse activiteiten steeds populairder (Brandenburg et al., 2013).

Facebook, Skype en e-mail kunnen de sociale participatie van de cliënt bijvoorbeeld erg vergroten. Applicaties, ofwel apps, die gebruikt kunnen worden voor de dagelijkse activiteiten zoals een supermarkt app, kalender app en een app voor bankieren kunnen het activiteiten- en participatieniveau van de cliënt vergroten. Deze apps bestaan, maar slechts enkele van deze apps zijn toegankelijk in het gebruik voor afatici (Brandenburg et al., 2013).

3.7.2 SAMENVATTING LOGOPEDISTEN

Alle logopedisten geven aan dat zij van mening zijn dat de computertechnologie wel een grotere rol kan gaan spelen in de behandeling, maar het de behandeling nooit helemaal over kan nemen. De computer is daar niet flexibel genoeg voor. Bovendien gaat het bij communiceren nog altijd over communiceren met een ander. Deze gespreksvoering kan de computer niet overnemen, er zal altijd een therapeut aan te pas moeten komen. Daarnaast zal er altijd een therapeut nodig zijn om de cliënt aan te sturen.

Drie van de vijf logopedisten zijn wel van mening dat er een programma ontwikkeld kan worden ter ondersteuning voor thuis. Het kan een aanvulling zijn op de behandeling. Volgens twee logopedisten zal dit nog meer gelden voor de stoornisgerichte therapie dan voor de functionele therapie. Wel bevestigen twee logopedisten dat de coachende rol van de logopedist groter zal gaan worden.

In dit hoofdstuk wordt de ideale situatie van functionele afasietherapie beschreven. De eerder besproken onderwerpen in hoofdstuk 3 worden ook in dit hoofdstuk toegelicht.

4.1 INVENTARISATIE VAN HULPVRAAG EN OPSTELLEN DOELEN

Doelen moeten opgesteld worden volgens het SMART acroniem. SMART staat voor Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdgebonden (McLellan, 1997; Schut & Stam, 1994; allen besproken in Hersh et al., 2012). Ondanks dat er geen onderzoek is gevonden dat aantoonde dat het opstellen van SMART doelen effectief is, kan in alle waarschijnlijkheid aangenomen worden dat het tot de ideale situatie behoort. Dit omdat het SMART formuleren van doelen een middel is in logopedische therapie.

4.1.1 SAMENVATTING EXPERTS

Volgens Dalemans denken logopedisten vaak dat ze de hulpvraag voldoende hebben uitgevraagd bij de cliënt, maar in werkelijkheid is dat niet het geval. Haar advies zou dus ook zijn om eerst het ICF-model in te vullen, zodat de leefwereld van de cliënt goed in kaart gebracht kan worden. Vervolgens moet het ICF-model omgezet worden naar het RPS-model. De huidige situatie laat zien dat dit nog lang niet altijd gedaan wordt. Volgens Dalemans komt dit ook, omdat de zorgverzekeraars nog altijd een diagnose willen volgens de ICIDH-codering en nog geen genoeg nemen met het ICF. Naast deze manier zijn er ook een aantal instrumenten die goed kunnen helpen bij het inventariseren van de hulpvraag, zoals BIPAC. Dit is het enige redelijk actuele instrument die echt vraagt naar de behoefte de cliënt volgens Dalemans.

Volgens Verschaeve zou de hulpvraag geïnventariseerd moeten worden door middel van het in kaart brengen van het begeleidingsplan of 'zorgleefplan'. Een zorgleefplan gaat uit van de behoefte van de cliënt en brengt vier levensdomeinen in kaart: woon-leefsituatie, participatie, mentaal welbevinden en lichamelijk welbevinden. Dit is dus nog moeilijk in te zetten tijdens de acute fase en revalidatiefase, maar aan het eind van de revalidatiefase kan deze methodiek gebruikt worden om te inventariseren in hoeverre iemand zijn leven weer kan oppakken. Verschaeve noemt een aantal onderwerpen die beschreven worden in het zorgleefplan, namelijk het in kaart brengen van de sociale omgeving. "Daarnaast kun je in kaart brengen waar iemand woont en leeft. Ten slotte is er participatie: in hoeverre is te verwachten dat iemand weer aan het werk kan, zijn vroegere bezigheden of hobby's weer kan uitoefenen. Op basis daarvan kan een functioneel behandelplan gemaakt worden en een prognose gesteld worden" (Verschaeve).

Dit zorgleefplan wordt opgesteld samen met de cliënt, zijn directe omgeving en de logopedist. Aan dit zorgleefplan worden vervolgens ook doelen gekoppeld. Doelen worden opgedeeld in kleine stapjes die zo SMART mogelijk geformuleerd moeten worden.

Volgens Top-Termaat kan de logopedist pas achter de echte behoeftes van de cliënt komen als er steeds over gepraat blijft worden. Dit geldt ook voor het stellen van doelen. Door elke keer weer in gesprek te gaan blijft zowel de logopedist als de cliënt scherp en wordt steeds geverifieerd of de hulpvraag en de doelen waar aan gewerkt wordt nog steeds overeenkomen met de behoeftes van de cliënt. Dit gesprek zal ontstaan wanneer de

logopedist het doel van een oefening uitlegt, of wanneer zij merkt dat de cliënt niet tevreden is over de oefeningen die hij moet doen. Volgens Top-Termaat moeten logopedisten zich nog meer inleven in de cliënt. De informatie die voor ons als logopedisten vanzelfsprekend is, is voor afasie cliënten en hun partners niet vanzelfsprekend. Daarom moet uitlegd blijven worden voor hen belangrijk is. Daarnaast hebben logopedisten het beste voor met de cliënten, maar wat zij het beste vinden kan voor hen heel anders zijn.

“Wanneer cliënten bij mij binnenkomen neem ik in eerste instantie een standaard vragenlijst af. Daarnaast gebruik ik de BIPAC, maar die is in veel gevallen te specifiek” (Top-Termaat).

Het uitvragen van de hulpvraag vraagt van de logopedisten in de eerste plaats een heleboel creativiteit, volgens Van der Kaaden. Daarnaast vraagt het hele goede communicatieve vaardigheden. De BIPAC zou een mooi begin kunnen vormen, maar wanneer de behoeftes van de cliënt niet in de BIPAC voorkomen, moet de logopedist zelf creatief zijn. Door in gesprek te gaan met de cliënt kan geïnventariseerd worden wat voor iemand belangrijk was en wat op dit moment belangrijk is. “Door de behoeftes steeds verder uit te diepen kun je een aardig compleet plaatje krijgen van de hulpvraag en de doelen die opgesteld moeten worden. Soms heb je daar de omgeving ook bij nodig” (Van der Kaaden). De doelen moeten zo SMART mogelijk opgesteld worden.

Daarnaast zou de ideale situatie volgens Van der Kaaden bereikt kunnen worden door opleiding en niet zozeer door materiaal. Alle logopedisten en logopedisten in opleiding zouden goed geschoold moeten worden in het uitvragen van de hulpvraag van de cliënt. “Als je dit eenmaal onder de knie hebt maakt het niet zoveel uit wat voor materiaal je hebt” (Van der Kaaden).

Volgens Wielaert is het belangrijk om in kaart te brengen wat de cliënt deed voor het letsel, met welke communicatiepartners hij sprak, in welke situaties en over welke onderwerpen. Daarnaast moet uitgevraagd worden of de cliënt dat nu nog zou willen. Als de cliënt in zijn communicatie afhankelijk is van een gesprekspartner, moet de logopedist bij het uitvragen van de hulpvraag en het stellen van doelen gebruik maken van de omgeving. Daarnaast is het sowieso belangrijk om ook de hulpvraag van de omgeving mee te nemen. “Wij zijn vaak alleen maar bezig met het opkrikken van de cliënt tot het hoogste haalbare niveau. Daarin is de omgeving als communicatiepartner onmisbaar” (Wielaert).

Geconcludeerd kan worden dat in de ideale situatie het inventariseren van de hulpvraag en het opstellen van doelen volgens alle vijf de experts gebeurt door middel van een gesprek met de cliënt. De BIPAC kan volgens drie van de vijf experts gebruikt worden als opstapje, maar is al snel te specifiek. De stappen die het instrument bevat zijn wel goed, namelijk het in kaart brengen wat belangrijk was voor het letsel en wat nu belangrijk is. In de ideale situatie kan aangenomen worden dat doelen SMART opgesteld worden. Dit is de mening van Verschaeve en Van der Kaaden. Ten slotte geven vier van de vijf experts aan dat de omgeving een belangrijke factor is. De afasiecliënt is zelf niet altijd in staat een duidelijke hulpvraag te formuleren. Een betrokken omgeving is hierbij onmisbaar.

4.2 INDIVIDUELE THERAPIEËN

Worrall (1999; besproken in Berns & Wielaert, 2003) beschrijft een aantal kenmerken van functionele communicatietherapie bij afatici. Zo moet de therapie in directe relatie staan met een door de cliënt en zijn communicatiepartners opgesteld doel. De oefensituaties en het oefenmateriaal moeten uit de omgeving van de cliënt komen. Daarnaast moet elk

communicatiemiddel of aanpassing van de omgeving gebruikt worden, wanneer deze de cliënt kunnen helpen in de communicatie. De benadering moet overigens afgestemd zijn op de voorkeuren en de persoonlijke, sterke en zwakke punten van de cliënt. Ten slotte moet de cliënt uiteindelijk zo onafhankelijk mogelijk worden in zijn communicatie met anderen.

Het effect van de eerder besproken werkwijze van Goos et al. (1999) is door het verpleeg- en reactiveringcentrum in het jaar 1997-1998 getest. Zij hebben de therapie toegepast op zeventien afatici. Hieruit is gebleken dat de cliënten minder communicatieve beperkingen ervoeren door deze vorm van interventie. Daarnaast bevestigde dit onderzoek dat door deze interventie de participatie van de cliënt in het dagelijks leven bevorderd kan worden. De uitkomsten van dit onderzoek maken dat het gebruik van deze werkwijze niet alleen past in de huidige situatie, maar ook in de ideale situatie.

4.2.1 ONTWIKKELDE THERAPIEËN IN HET BUITENLAND

WIE-WAT-WAAR STRUCTUUR

Hopper en Holland (1998) hebben onderzoek gedaan naar het aanleren van de wie-wat-waar structuur in het overbrengen van een boodschap bij twee cliënten met de afasie van Broca. Hierbij werd gemeten of de cliënt een boodschap telefonisch beter kon overbrengen middels de wie-wat-waar structuur. Hiervoor werden noodsituaties nagebootst. Daarnaast werd gemeten of generalisatie plaatsvond na het aanleren van deze structuur. Bij het aanleren werd een stappenplan aangehouden. In eerste instantie kregen de deelnemers een set van zes plaatjes aangeboden over een bepaalde noodsituatie en werd hen gevraagd om in de wie-wat-waar structuur te vertellen over deze situatie. Wanneer zij dit niet zelfstandig duidelijk konden maken, werd hen gevraagd om 'wie' het ging in deze situatie, 'wat' zij deden en 'waar' dit was. Wanneer zij deze vragen goed konden beantwoorden, werd de situatie gespeeld in een rollenspel. Vervolgens werd er een testsituatie opgezet waarin de deelnemers met een onbekend persoon belden die zich voordeed als medewerker van een alarmcentrale. Daarin moesten de deelnemers tien situaties, waarvan vier ongetrainde, overbrengen volgens deze wie-wat-waar structuur. De uitkomsten van de ongetrainde situaties hebben de mate van generalisatie gemeten. Uit de vergelijking van het pre- en postonderzoek is gebleken dat deze aanpak van tien weken interventie effectief was. Tevens generaliseerde de geleerde structuur op verschillende niveaus. Dit geldt alleen voor de nagebootste noodsituaties. Het resultaat was daarnaast blijvend bij een follow-up onderzoek na vier weken, al verschilden deze resultaten per cliënt.

4.2.2 NON-VERBALE THERAPIE

TEKENEN

Het gebruik van alternatieve strategieën wordt noodzakelijk wanneer door een ernstige vorm van afasie de mogelijkheid tot spreken afgenomen wordt (Beeson & Ramage, 2000). Hierbij is tekenen mogelijk een optie ter ondersteuning van een conversatie (Lyon, 1995; besproken in Beeson & Ramage, 2000; Rao, 1995; Sacchett, Byng, Marshall, & Pound, 1999).

Sacchett et al. (1999) hebben onderzoek gedaan naar een tekentherapie programma, toegepast op zeven ernstige afatici, gericht op meerdere punten:

- 1) Het verbeteren van de vertaling van woorden naar tekeningen;

- 2) Het verbeteren van het inzicht op de kern van een boodschap;
- 3) De cliënt trainen in de interactie met de communicatiepartner;
- 4) De omgeving van cliënt trainen in de interpretatie van de tekeningen.

Het uitgeschreven therapieprogramma staat in bijlage 14.

Het meetinstrument in dit onderzoek was niet gericht op de communicatie, maar op het tekenen van voorwerpen in plaats van gebeurtenissen. De uitkomst van het onderzoek is dat het tekentherapieprogramma voor meer gedetailleerde tekeningen kan zorgen. Daarnaast was er enig bewijs dat het programma verbetering brengt in de communicatie. Hoewel de veranderingen klein waren, kan de therapie toch een communicatieoptie zijn voor ernstige afatici (Sacchett et al. 1999).

Beeson en Ramage (2000) hebben daarnaast een case report geschreven over een ernstig chronische afasiecliënt. Deze cliënt is vier jaar gevolgd in zijn therapie. Hij kreeg 25 uur per jaar individuele therapie en 25 uur per jaar groepstherapie. De individuele therapie bestond uit het stimuleren van het gebruik van verschillende communicatiekanalen, waarbij gezocht werd naar het juiste communicatiekanaal voor de cliënt. Hier zou de therapie vervolgens op ingezet worden. De groepstherapie bestond vooral uit communicatieve interactie tussen de groepsleden, waarbij de cliënten alle vormen van communicatie in mocht zetten. Pas twee jaar post onset zette de cliënt het tekenen in tijdens het communiceren. Dit was een jaar na het starten van de compensatietherapie. Daarna ontwikkelde hij met de jaren het tekenen als zijn communicatiestrategie. Hiermee vergrootte hij zijn mogelijkheden tot communicatie. Een vriend van deze cliënt bevestigde in een interview deze verbeteringen in de communicatie. De vorderingen die deze cliënt heeft gemaakt laten zien dat de communicatievaardigheden van een cliënt met afasie met de jaren kunnen verbeteren. De auteurs van dit case report hebben gewezen op het feit dat de overgebleven cognitieve vaardigheden van de cliënt een grote rol spelen in het leren gebruiken van alternatieve communicatiestrategieën.

Verder onderzoek van tekentherapie is van essentieel belang. Dit om te kunnen beoordelen of deze vorm van therapie meerwaarde heeft voor de communicatie van afatici (Beeson & Ramage, 2000).

GEBAREN

Gebaren kunnen ter compensatie van tekortkomingen in de verbale expressie gebruikt worden (Daumüller & Goldenberg, 2010).

Daumüller en Goldenberg (2010) hebben onderzoek gedaan naar het gebruik van gebaren als compensatiestrategie bij 25 cliënten met een ernstige vorm van afasie. Deze groep werd vergeleken met een controlegroep van tien cliënten die geen therapie ontving. De 25 cliënten kregen drie keer een periode van drie weken therapie. Deze therapie had een behandel frequentie van drie keer vijftig minuten per week. Van deze drie sessies per week kregen zij twee sessies individuele therapie en één sessie groepstherapie. De gebaren die getraind werden, waren allen gericht op de communicatie binnen de klinische setting. De cliënten werden door de therapie vertrouwd gemaakt met verschillende gebaren en de uitvoering van de gebaren werd zo nauwkeurig mogelijk gemaakt. Elk blok van drie weken kregen de cliënten een set van acht gebaren aangeboden. Binnen een set waren er zes gebaren die naar het gebruik van een voorwerp verwezen en twee die een boodschap

overbrachten zoals 'ja' of 'een beetje'. Van de 25 cliënten hebben negen cliënten het onderzoek geheel afgerond. Het onderzoek heeft uitgewezen dat deze cliënten uit de therapiegroep allemaal vooruit gingen in het uitvoeren van de getrainde gebaren. Daarnaast vond er enige generalisatie plaats naar niet geoefende gebaren. De generalisatie was niet groot, maar de experimentele groep liet nog altijd meer verbetering zien dan de controlegroep. De controlegroep toonde op geen enkel testmoment significante verbeteringen. Cliënten met een ernstige vorm van afasie kunnen gebaren dus inzetten in de communicatie, al duurt het aanleerproces vrij lang. Therapie zou daarom gericht moeten zijn op het aanleren van gebaren die de cliënt in het dagelijks leven kan gebruiken. De onderzoekers hebben nog een extra meting gedaan bij de controlegroep in plaats van te werken vanuit een nul-meting. Dit geven zij zelf aan als een beperking in hun onderzoek.

4.2.3 SAMENVATTING EXPERTS

In de functionele therapie wordt iemand geleerd zo min mogelijk last te hebben van zijn beperkingen die hij heeft, door de cliënt compensatiestrategieën aan te leren. "Je moet eigenlijk iemand helpen een heel arsenaal aan compensatie strategieën aan te leren. En iemand daar vooral in coachen denk ik, je rol wordt veel meer coachend. In functionele therapie van... iemand anders uhhh de tools meegeven om zelf tot oplossingen te komen" (Dalemans).

De PACE-methode heeft volgens de experts een goed concept. Top-Termaat: "Eigenlijk is mijn visie op deze methode net zoals andere methodes dat niks zaligmakend is, maar uh dat het wel een nuttige manier is om te introduceren dat je ook op een andere manier informatie kan overbrengen". "En het concept PACE is denk ik heel goed, als je er van uit gaat dat PACE betekent: ik ga jou iets duidelijk maken wat jij nog niet weet. Want dat is communicatie" (Van der Kaaden). Dalemans geeft wel aan dat het belangrijk is dat de cliënt zich prettig moet voelen bij de strategieën die hem geleerd worden.

De experts geven aan dat het gebruik van de traditionele PACE lastig is, gezien de logopedist daarbij niet in mag grijpen als de cliënt het even niet meer weet. Het inzetten van een vrijwilliger of ervaringsdeskundige tijdens het aanbieden van PACE zou daarom uitkomsten bieden volgens Verschaeve en Wielaert. De logopedist zal dan een meer coachende rol krijgen en de cliënt aan kunnen sturen waar nodig. Deze manier van therapie geven wordt ook door Janssen (2003) beschreven.

Over het maken van een map met therapiestrategieën/middelen verschillen de meningen onder de experts. Over het algemeen kan gezegd worden dat er een voldoende hoeveelheid beschikbare materialen is, omdat met elk stuk materiaal functionele therapie gegeven kan worden. "Ik denk dat eh als je weet wat je wil dat het niet meer uitmaakt dat je wat je gebruikt" (Van der Kaaden).

Wel zijn er programma's die de logopedist de cliënt aan kan reiken ter ondersteuning van de uitvoering van activiteiten. Verschaeve is van mening dat er zeker een map ontwikkeld kan worden om de logopedist handvatten te geven bij de uitvoering van haar therapie. "Ik denk dat er wel, met afasiecentra zijn we wel met een draaiboek activiteitenplannen bezig. Niet zo zeer in het in de uitvoering, maar wel in de analyse van complexe vaardigheden. En uh wat is je bevinding, wat moet je kunnen om een volgende stap te kunnen doen. Dus daar kunnen we wel slagen maken. Dat wel."

"Dus je programma's op de strategieën en de beginniveaus maken, dus dat kunnen we wel.

Maar dat is nog wat anders dan ik trek wat uit de kast en uhm volg het kookboek” (Verschaeve).

Geconcludeerd kan worden dat het gebruik van PACE-achtige werkwijzen voor het aanleren van compensatiestrategieën aan de cliënt goed is. Dit wordt gezegd door alle experts. De meningen van de experts lopen erg uiteen als het gaat om wat er nog nodig is om de individuele therapie te optimaliseren.

4.2.4 COMMUNICATIEHULPMIDDELEN

Volgens Jacobs, Drew, Ogletree, en Pierce (2004) is het gebruik van communicatiehulpmiddelen erg gegroeid in de afgelopen dertig jaar, vooral bij cliënten met een ernstige afasie. Wat belangrijk is voordat een communicatiehulpmiddel voor een cliënt gekozen wordt, is dat er gekeken wordt naar de vaardigheden van de cliënt. Zo is het belangrijk om iemands cognitieve vaardigheden in kaart te brengen. Dit geldt ook voor de taalvaardigheden, communicatieve vaardigheden en psychosociale omstandigheden. Tevens dienen de communicatieve behoeften van een cliënt in kaart gebracht te worden en in welke communicatieve situaties de cliënt ondersteuning nodig heeft (Van de Sandt-Koenderman et al., 2007; Wiegers & Sibon, 2003).

4.2.5 LOW-TECH COMMUNICATIEHULPMIDDELEN

Er is weinig evidentie gevonden over het effect van low-tech communicatiehulpmiddelen op de communicatie bij afatici. In paragraaf 3.2.7 wordt de huidige situatie van verschillende low-tech communicatiehulpmiddelen beschreven.

4.2.6 HIGH-TECH COMMUNICATIEHULPMIDDELEN

Uit de huidige situatie blijkt dat TS veelal niet gebruikt wordt. In het onderzoek van Prinsen-Koolhaas, Rozemeijer, Van Velthoven, Van der Waal-Meijer, en Wielaert (2008) werden twaalf afasiecliënten en hun partner geïnterviewd drie jaar na het ontvangen van een TS, om te beoordelen in hoeverre TS nog gebruikt werd door de cliënten. Het blijkt dat naast diverse cognitieve vaardigheden ook andere factoren van belang voor het al dan niet slagen van TS. Dit zijn factoren die betrekking hebben op de cliënt, de omgeving, begeleiding, het apparaat en de situaties waarvoor TS gebruikt wordt. Ook is het met name belangrijk om het vocabulaire van TS met regelmaat aan te passen naar de actuele communicatieve behoeften van de cliënt. Naast de therapeut speelt de omgeving hierin ook een rol (Prinsen-Koolhaas et al., 2008).

Van de Sandt-Koenderman et al. (2007) hebben onderzoek gedaan naar verschillende factoren die van invloed kunnen zijn op het gebruik van TS in de praktijk, bij mensen met een ernstige afasie. De factoren die zij meenamen in hun onderzoek waren: geheugen, executief functioneren, semantische verwerking en communicatieve vaardigheden. Van de 26 deelnemers bleken dertien deelnemers TS niet te gebruiken. Een aantal deelnemers konden TS met hulp gebruiken of zonder hulp in twee specifieke situaties. De overige deelnemers gebruikten TS zonder hulp in meerdere situaties. Er was een significant verschil te zien in de semantische verwerking en in leeftijdsverschillen. Bij de andere factoren was geen significant verschil gevonden. De deelnemers die TS het uitgebreidst gebruikten, waren significant jonger dan de andere deelnemers. Bovendien is het belangrijk om semantisch te kunnen

categoriseren, aangezien het vocabulaire in TS een semantische hiërarchie heeft (Van de Sandt-Koenderman et al., 2007).

Ook beschrijft Van de Sandt-Koenderman (2004; besproken in Van de Sandt-Koenderman, 2011) dat de vorm van de taalstoornis, maar ook de overgebleven cognitieve vaardigheden, de non-verbale communicatieve vaardigheden en de communicatieve behoeften een rol spelen in het gebruik van een high-tech communicatiehulpmiddel. Dit betekent dat elk computergestuurd communicatiehulpmiddel dynamisch en flexibel moet zijn, waar TS een voorbeeld van is. Een nadeel van TS is dat het communicatiehulpmiddel niet de normale conversatiesnelheid bij kan houden (Van de Sandt-Koenderman, 2011).

Naast TS is er een hulpmiddel genaamd Speaking Dynamically Pro (Mayer-Johnson, z.j.) welke niet bekend is in Nederland. Johnson et al. (2008) hebben onderzoek gedaan naar dit hulpmiddel bij drie volwassenen met een chronische, niet-vloeiende afasie. De informatie in het hulpmiddel werd aangepast aan de specifieke interesses en communicatieve behoeften van de cliënt. Het communicatiehulpmiddel was gemakkelijk mee te nemen, licht van gewicht, had een aanraakscherm en gesynthetiseerde spraak. Ook was er de mogelijkheid om foto's of diverse symbolen te uploaden. De direct betrokkene van de cliënt met afasie werd ook getraind om het hulpmiddel te leren kennen zodat de cliënt, indien nodig, geholpen kon worden met het hulpmiddel. Uit de resultaten van het onderzoek bleek dat de deelnemers het communicatiehulpmiddel konden gebruiken en dat er een algehele verbetering te zien was in de taalvaardigheden, cognitieve vaardigheden, communicatieve onafhankelijkheid en de perceptie van de verzorgende op de communicatieve onafhankelijkheid van de cliënt. Uit het onderzoek van Johnson et al. (2008) blijkt dat het belangrijk is om een communicatiehulpmiddel aan te bieden in de dagelijkse omgeving van de cliënt, zodat het hulpmiddel functioneel gebruikt kan worden. Dit komt overeen met resultaten uit andere studies (Koul et al., 2005; Koul & Harding, 1998; Wallesch & Johannsen-Horbach, 2004; allen besproken in Johnson et al., 2008). Omdat dit onderzoek uit drie deelnemers bestond, is het de vraag of de resultaten gegeneraliseerd kunnen worden naar andere volwassenen met een chronische, niet-vloeiende afasie (Johnson et al., 2008).

Geconcludeerd kan worden dat in verschillende studies wordt beschreven dat het zeer belangrijk is om het communicatiehulpmiddel aan te passen aan de communicatieve behoeften van de cliënt om het gebruik ervan succesvol te kunnen laten zijn (Murphy et al., 1996; Van de Sandt-Koenderman et al., 2004; allen besproken in Prinsen-Koolhaas et al., 2008; Van de Sandt-Koenderman et al., 2007; Wiegers & Sibon et al., 2003; Heintjes, 2003). Tot slot blijkt uit een review van Jacobs et al. (2004) dat het van belang is dat de therapeut en de omgeving hulp bieden aan de cliënt om in dagelijkse en natuurlijke situaties met het communicatiehulpmiddel om te gaan. Hierdoor kan generalisatie naar het dagelijks leven gemakkelijker plaatsvinden.

4.2.7 SAMENVATTING EXPERTS

Wat betreft communicatiehulpmiddelen vertelt Dalemans dat de cliënt zich met het hulpmiddel moet kunnen identificeren en er zelf achter moet staan. In het gebruik van communicatiehulpmiddelen is de houding van de cliënt belangrijk, maar ook die van de omgeving en de therapeut. Het hangt af van hoe de therapeut het hulpmiddel aanbiedt en instrueert en of de omgeving het geduld heeft om met de afaticus te communiceren aan de hand van een communicatiehulpmiddel. Deze drie pijlers zijn belangrijk. De iPad is erg in

opkomst. Met een iPad voelen mensen zich minder gehandicapt, omdat een iPad ook gebruikt wordt door mensen die geen afasie hebben volgens Dalemans.

Volgens Verschaeve is het belangrijk dat het hulpmiddel voldoet aan de functionele eisen van nu. De kans is anders groot dat het hulpmiddel niet gebruikt wordt. Bovendien worden hulpmiddelen ingericht om de afaticus iets over zichzelf te laten vertellen, terwijl de basis van communicatie vragen stellen is en interesse in de ander te kunnen uiten. Volgens Verschaeve is het daarom ook belangrijk om de omgeving hierin te betrekken; de logopedist kan de omgeving en de persoon met afasie coachen naar interactie.

Wielandt en Verschaeve vinden dat de logopedisten misschien maar moeten accepteren dat een hulpmiddel soms tijdelijk gebruikt wordt. Dan heeft het voor korte tijd wel geholpen voor de cliënt met afasie. TS is vooral bedoeld voor de communicatie met anderen dan de partner.

Volgens Van der Kaaden worden communicatiehulpmiddelen niet altijd gebruikt, mede door cognitieve problemen. Daarnaast geeft ook zij aan dat het er erg van af hangt in hoeverre de omgeving het hulpmiddel accepteert. De iPad is erg in opkomst. De iPad is meer sociaal geaccepteerd. Verder is het lastig om een communicatiehulpmiddel aan te passen zodat het volledig bij de cliënt aansluit. Het is belangrijk om de omgeving in te schakelen, zodat zij ook mee kunnen oefenen. Zij kunnen de cliënt proberen te helpen in situaties waarin het nodig is.

Top-Termat heeft het inzetten van communicatiehulpmiddelen bij cliënten vaak als niet succesvol ervaren. Volgens haar heeft dit te maken met de te hoge verwachtingen die de cliënt en omgeving van het hulpmiddel hebben en met de cognitieve stoornissen van de cliënt. Ook Top-Termat merkt dat de iPad in opkomst is. Hij is gemakkelijk aan te passen en juist het up-to-date houden van het communicatiehulpmiddel is heel belangrijk. Tot slot geeft zij aan dat het belangrijk is om specifieke hulpvragen te hebben voor het succesvol kunnen gebruiken van een communicatiehulpmiddel.

Geconcludeerd kan worden dat het van de cognitieve mogelijkheden en houding van de cliënt afhangt in hoeverre het hulpmiddel kans van slagen heeft. Dit wordt door drie van de vijf experts gezegd. Ook vier van de vijf experts benoemen dat de iPad in opkomst is en mogelijkheden kan bieden in de communicatie. Ten slotte wordt door drie van de vijf experts geconcludeerd dat de omgeving een belangrijke factor speelt in het inzetten van hulpmiddelen: het hulpmiddel moet up-to-date gehouden worden, de omgeving kan de cliënt hulp bieden waar nodig en uiteindelijk is de omgeving belangrijk voor generalisatie.

4.3 GROEPSTHERAPIE

4.3.1 ONDERZOEKEN IN HET BUITENLAND

Elman en Bernstein-Ellis (1999) hebben onderzoek gedaan naar het effect van groepstherapie op taal- en communicatievaardigheden bij 24 chronische afatici. De proefpersonen zijn daarbij verdeeld over twee groepen. De eerste groep kreeg direct therapie, terwijl de andere groep sociale activiteiten aangeboden kreeg. Nadat de eerste groep de therapie had afgerond, kreeg de tweede groep de therapie. De behandeling bestond uit verschillende aspecten: het verbeteren van het overbrengen van een boodschap, het uitbreiden van de kennis van afasie, het uitbreiden van zelfbewustheid van doelen en het

proces van deze doelen en het verbeteren van zelfvertrouwen in communicatieve situaties. Tijdens de therapie mochten alle communicatiekanalen gebruikt worden. Het resultaat van deze studie werd gemeten door middel van semi-interviews met de cliënt en de direct betrokkenen en lieten zien dat de behandeling effect had. Er zijn significante verschillen gevonden tussen de twee groepen na de behandeling. Deze significante verschillen spitsten zich toe op talige en communicatieve uitkomsten. Niet het sociale contact, maar de groepstherapie heeft voor dit resultaat gezorgd. Veel van de deelnemers en hun direct betrokkenen hebben aangegeven grote veranderingen en psychosociale voordelen te merken na het participeren in de therapie. De grote veranderingen worden verder niet duidelijk toegelicht. Dit vergelijkend onderzoek laat zien dat groepstherapie als aanvulling gegeven kan worden op de individuele therapie.

Van der Gaag et al. (2005) hebben onderzoek gedaan naar het effect van groepstherapie op de kwaliteit van leven en de communicatievaardigheden van de cliënt. In deze studie deden 28 proefpersonen mee. Deze proefpersonen hebben gedurende zeven weken twee achtereenvolgende uren per week groepstherapie gekregen. De groepstherapie was gericht op het voeren van conversaties, het verbeteren van communicatievaardigheden, het gebruik van verschillende communicatiekanalen, het voeren van discussies en het trainen van de communicatievaardigheden van de gesprekspartners. De onderzoekers hebben verschillende buitenlandse meetinstrumenten gebruikt om dit effect te meten. Hierbij mocht de directe omgeving ook mee beoordelen. Daarnaast zijn er interviews afgenomen bij de afatici en hun familieleden, apart van elkaar. Daarbij werd expliciet gevraagd naar perceptie van de kwaliteit van leven en de communicatievaardigheden. De antwoorden werden met elkaar vergeleken. De uitkomsten van het onderzoek wezen uit dat groepstherapie een positief effect heeft op de kwaliteit van leven en de communicatievaardigheden van de cliënt en hun directe omgeving.

4.3.2 SAMENVATTING EXPERTS

“En de groepstherapie in de revalidatiefase zal er anders uitzien dan de groepstherapie in een afasiecentrum of hersenletselcentrum, dat kan niet anders.” (Verschaeve)

Verschaeve geeft aan dat dit komt doordat de logopedisten in het revalidatiecentrum nog erg stoornisgericht bezig zijn en dat deze logopedisten ook stoornisgericht bezig moeten blijven. Therapie op activiteiten- en participatieniveau kan volgens Verschaeve pas het beste ingezet worden na de revalidatiefase.

“Ja, omdat hier nog veel mensen op stoornisniveau moeten gaan werken. En dat je hier dus eigenlijk de stoornis laat voor wat hij is, maar op activiteiten of participatie strategieën leert. Je gaat dus uit van de mogelijkheden, en hier zit je nog veel meer op stoornisniveau. En ik hou er dus geen pleidooi voor om dus zeg maar heel snel op activiteitsniveau te gaan werken in het revalidatiecentrum. Dat zou ik zonde vinden. Dan mis je ook weer kansen. Je moet eerst nog kunnen laten genezen voordat je volledig focust op compensatiemechanismen.” (Verschaeve)

In het revalidatiecentrum worden groepen vaak ingedeeld op ernst van de afasie. Het gevaar hiervan is wel volgens Van der Kaaden dat niet iedere cliënt er evenveel uit kan halen.

“Mijn ervaring is wel dat als je het homogeen doet ehm je ja dat je dan soms ehh dat iedereen wat minder aan zijn trekken komt”. (Van der Kaaden)

Wielandt, Verschaeve en Dalemans zijn van mening dat groepen samengesteld kunnen worden op verschillende niveaus afasie. Zij geven aan dat cliënten van elkaar kunnen leren en elkaar kunnen ondersteunen.

Verschaeve vindt het erg belangrijk dat de groepsleden met elkaar overeenkomen op sociaal-emotioneel gebied, interesses en intelligentie. Ook geeft zij aan dat de interactie tussen de groepsleden en de ‘klik’ belangrijke aspecten zijn. “Maar wat bepaalt coherentie in een groep, dat kan ernst van de afasie zijn, wat heel erg belangrijk is in een coherente groep is dat mensen aan elkaar iets te vertellen heb. Die interactie, die klik, sociaal-emotionele achtergrond, interessegebied, intellect, op die fases”. (Verschaeve)

Wielandt geeft aan dat het ideaal zou zijn dat groepen ingedeeld worden op hoe cliënten in het leven staan. Dit sluit erg aan op wat Verschaeve belangrijk vindt in de groepstherapie. Hierdoor kan er sneller een ‘klik’ ontstaan. “Maar ik denk dat heel vaak groepen ingedeeld worden op hoe zij in het leven staan meer werken. Mensen die naar buiten treden, die naar de film gaan”. (Wielandt)

Samengevat geven de experts aan dat de groepssamenstelling afhangt van de fase waarin de cliënt zich bevindt, namelijk de revalidatiefase of de chronische fase. Er kan geconcludeerd worden dat de groep het beste samengesteld kan worden op verschillende niveaus van afasie, zodat cliënten elkaar kunnen ondersteunen. Dit wordt gezegd door drie van de vijf experts.

4.4 OMGEVING

4.4.1 INZETTEN VAN VRIJWILLIGERS

In de literatuur staat beschreven dat het voor logopedisten in het buitenland steeds lastiger wordt om gedurende langere tijd therapie te geven aan afatici. Dit komt door financiële veranderingen die ingevoerd worden in het zorgsysteem (Nobis-Bosch, Springer, Radermacher, & Huber, 2011; Worrall & Yiu, 2000). Worrall en Yiu (2000) hebben daarom onderzoek gedaan naar het trainen van vrijwilligers. In het onderzoek werd het Speaking Out-programma gebruikt. Het programma werd toegepast in de thuissituatie van cliënten en was gebaseerd op alledaagse communicatieve activiteiten. De vrijwilligers werden getraind in het aanbieden van het programma. Worrall en Yiu (2000) concludeerden dat chronische afasiecliënten kunnen profiteren van een functioneel therapieprogramma aangeboden door getrainde vrijwilligers. Het kan voor kleine veranderingen in de communicatieve vaardigheden zorgen. Ook zou het volgens de onderzoekers ideaal zijn om het programma aan te bieden als aanvulling op of in combinatie met logopedische behandeling. Als opmerking beschrijven Worrall en Yiu (2000) dat het voor logopedisten gemakkelijker is een therapie aan te passen aan een cliënt, terwijl bij het inzetten van vrijwilligers het programma vaststaat en niet voor iedere cliënt aangepast kan worden. Tevens was een nadeel van het programma dat het bestond uit tien specifieke onderwerpen en dus niet toegespitst werd op de specifieke behoeften van de individuele cliënt (Worrall & Yiu, 2000).

Kagan, Black, Duchan, Simmons-Mackie, en Square (2001) hebben in hun enkelblind gerandomiseerd onderzoek ook gebruik gemaakt van het inzetten van vrijwilligers met behulp van de interventie 'Supported Conversation for Adults with Aphasia' (SCA). Met deze interventie werden vrijwilligers getraind om de mogelijkheden van afatici te erkennen en ze te helpen hun gedachten en gevoelens te uiten. De SCA is een interventie die gericht is op het oefenen van gesprekken. Door gespreksvoering te oefenen kan de cliënt in de maatschappij beter gaan communiceren (Davis & Wilcox, 1985; besproken in Garrett & Beukelman, 1995). Daarnaast zijn Kagan et al. (2001) van mening dat het belangrijk is om de interventie te richten op conversaties, omdat samenwerking tussen de cliënt en de gesprekspartner nodig is voor het voeren van gesprekken. Een andere reden waarom het oefenen van conversaties een positief effect kan hebben op de participatie van een afaticus is dat geleerd kan worden van elkaars pragmatische vaardigheden (Kagan et al., 2001). Volgens Kagan et al. (2001) kan het trainen van vrijwilligers middels de SCA-training de kansen voor afatici vergroten om deel te nemen aan gesprekken in het dagelijks leven. Door SCA-training verbeterden zowel de vrijwilligers als de afatici significant in het voeren van gesprekken. De meeste vrijwilligers in dit onderzoek waren bekend in het afasiecentrum en bij de afatici. Daarom beschrijven de onderzoekers dat er meer onderzoek nodig is naar het effect van de SCA-training wanneer onbekende gesprekspartners getraind worden, zoals bijvoorbeeld medewerkers in de gezondheidszorg. Het zal hierbij belangrijk zijn dat de gesprekspartners geen ervaring hebben met ondersteunde communicatie.

4.4.2 TRAINEN VAN DE DIRECTE OMGEVING

Simmons-Mackie, Raymer, Armstrong, Holland, en Cherney (2010) beschrijven in hun review het effect van communicatie-partner training op de communicatie bij chronische afatici. De communicatie-partner training is een interventie gericht op de omgeving van de afaticus met als doel de taal en de communicatie te verbeteren, maar ook de participatie en/of het welzijn van de afaticus. Met de omgeving wordt bedoeld alle personen met wie de afaticus communiceert, waaronder familieleden, vrienden, vrijwilligers of hulpverleners. Het doel van het trainen van de omgeving is dat zij haar communicatie aan de cliënt kan aanpassen. Uit de review blijkt dat de interventie effectief is bij communicatieve activiteiten en in de participatie voor zowel de partner van de afaticus als de afaticus (Simmons-Mackie et al., 2010).

De hypothese van Williams (1993; besproken in Hinckley & Packard, 2001) was dat zodra er meer informatie over afasie gegeven zou worden aan de partner van de afaticus, er meer tevredenheid in de relatie zou ontstaan (Williams, 1993; besproken in Hinckley & Packard, 2001). Deze hypothese bevestigde Williams met het vinden van een significante correlatie tussen de omgang tussen koppels (waarvan één afaticus) en de kennis over afasie. Ook Hinckley en Packard (2001) bevestigden deze hypothese. In hun onderzoek werd een workshop georganiseerd voor afatici en hun familie. Het doel van dit onderzoek was familierelaties te verbeteren en de participatie van de afatici in het dagelijks leven te vergroten. Hiervoor werd informatie verkregen van de afatici en hun familie. Ook werden ervaringen uitgewisseld. Na zes maanden was er een follow-up onderzoek waarbij de afaticus en zijn partner onafhankelijk van elkaar hun eigen kennis over afasie beoordeelden. Dit deden zij met behulp van een schaal, waarop zij aan konden geven of hun kennis beter, hetzelfde of slechter was geworden. De afatici en de omgeving lieten een significante verbetering in de kennis over afasie zien. Tevens waren de afatici onafhankelijker thuis en

verliep de communicatie met hun partners en kinderen beter. De resultaten van dit onderzoek kwamen overeen met resultaten uit een eerder onderzoek van Hinckley et al. (1995; besproken in Hinckley & Packard, 2001). Hinckley en Packard (2001) concluderen dat het trainen van gesprekspartners een benadering is die een positieve invloed kan hebben op het participeren van de cliënt in de maatschappij.

Wilkinson, Lock, Bryan, en Sage (2011) hebben het effect van de conversatie-analyse bij één koppel onderzocht. De interventie richt zich op de natuurlijke vorm van gespreksvoering, zoals beurtname, zinnen formuleren en handhaving van gespreksonderwerp (Hutchby & Wooffitt, 2008; besproken in Wilkinson et al., 2011). De afaticus ontving de interventie met als doel dat de hij een nieuw onderwerp zou kunnen introduceren en handhaven en dat er meer sprake is van beurtgedrag. In het onderzoek bleek dat het deelnemende koppel de methode na de training gebruikte. Aangezien het onderzoek slechts over één koppel ging, kan niet geconcludeerd worden dat de methode voor een grotere groep cliënten werkt (Wilkinson et al., 2011). Ook Janssen (2003) schrijft over de conversatie-analyse. Zij heeft de methode toegepast in een case study. De conversatie-analyse kan voor het analyseren van communicatieproblemen tussen partners en het geven van adviezen en therapie een geschikt hulpmiddel zijn (Wilkinson, 1999; Booth & Perkins, 1999; allen besproken in Janssen, 2003). Om de communicatie tussen de cliënt en zijn partner zo goed mogelijk te laten verlopen, moet de gesprekspartner zich aanpassen aan de persoon met afasie en met hem of haar samenwerken om problemen die tijdens het gesprek ontstaan op te lossen. Dit wordt 'collaborative repair' genoemd. Nadat de conversatie-analyse uitgewerkt is, worden communicatieadviezen opgesteld voor de gesprekspartner en wordt het uitvoeren van de adviezen getraind. Ten slotte is het een belangrijk doel om de kennis over afasie bij de partner te vergroten (Janssen, 2003).

Garrett en Beukelman (1995) beschrijven dat zodra de partner van de afasiecliënt visueel en auditief ondersteunde communicatie aanbiedt in een gesprek, dit de afaticus kan helpen om het gesprek beter te volgen en te voeren. In een case study van Garrett en Beukelman (1995) bleek dat de afaticus via het schriftelijk gesprek op een betekenisvolle manier op specifieke vragen antwoord kon geven. Hierdoor konden gespreksonderwerpen opgebouwd en uitgediept worden. Het voeren van een schriftelijk gesprek blijkt ook uit een case study van Heintjes (2003) een goede manier om de communicatie te ondersteunen.

4.4.3 SAMENVATTING EXPERTS

Volgens Dalemans is het heel belangrijk om de familie te betrekken in de afasietherapie op activiteiten- en participatieniveau. De omgeving is onmisbaar voor de participatie en kan helpen het leven van de persoon met afasie in kaart te brengen. Ook Wielaert vindt de omgeving onmisbaar voor de participatie. Het sociale netwerk van de persoon met afasie dient zo goed mogelijk behouden of uitgebreid te worden. Dalemans probeert in haar therapie een netwerkanalyse toe te passen en geeft ook aan dat dit een ideale manier is om de omgeving van de afaticus in kaart te brengen. In zo'n netwerkanalyse wordt via een model de gehele omgeving van de cliënt in kaart gebracht: de cliënt en het gezin, familie en vrienden, bekenden en onbekenden. Met de cliënt wordt besproken met wie hij het best kan communiceren en hoe hij denkt dat dit komt. Er wordt dan gekeken of die persoon ingezet kan worden om de rest van de omgeving te coachen in de communicatie met de afaticus. Als de persoon met afasie geen netwerk heeft, wordt gekeken hoe er een netwerk gecreëerd

kan worden. Wellicht kan dit met behulp van een vrijwilliger of een persoon met een lichte afasie die iemand graag iets wil leren. Volgens Dalemans krijgt de logopedist hierdoor meer een coachende rol.

Ook Verschaeve pleit voor het inzetten van het sociale netwerk (eventueel met behulp van een vrijwilliger) en samen met de omgeving bespreken wat wel en niet werkt in de communicatie. Zo kan de omgeving zijn communicatie aanpassen aan de cliënt met afasie. De omgeving speelt ook een belangrijke rol in het formuleren van de hulpvraag van de persoon met afasie.

Volgens Wielaert kan de PACT ingezet worden in de communicatie tussen de afaticus en de partner. Ook is het belangrijk om met de afaticus in gesprek te gaan over wie belangrijk zijn om mee te praten en of ze hen meer informatie moeten geven over afasie. Communiceren doe je volgens Wielaert niet alleen, dus de omgeving van de partner moet zich aanpassen. Met de partner kan overlegd worden wat communicatie voor de persoon met afasie is en hoe dat samen op de rails gekregen kan worden.

Ook Van der Kaaden geeft aan dat de omgeving een centrale rol heeft in participatiegerichte therapie. Zij vertelt dat het door financiële beperkingen lastig is om de therapiekamer uit te gaan en dat je de omgeving zoveel mogelijk moet betrekken in je therapie. Uiteindelijk zijn zij de mensen die samen moeten gaan communiceren, dus hen moet wat geleerd worden. Ook zij vindt dat je afasie niet alleen hebt. Zeker op het moment dat mensen naar huis gaan, wordt de rol van de omgeving belangrijker.

Top-Termaat zou ook graag de omgeving los willen zien in de therapie. Dit is moeilijk door de beperkte financiële middelen: de logopedist krijgt niet betaald om de omgeving te begeleiden. Zij zou dat graag anders zien. “Als je een partner hebt met afasie, heb je met zijn tweeën een communicatieprobleem” (Top-Termaat). Communicatie gaat volgens haar juist over de omgeving. De partner wordt ook gebruikt bij de inventariseren, evalueren van de hulpvraag en is belangrijk bij de generalisatie. Tot slot heeft Top-Termaat het over het belang van de PACT in de communicatie tussen personen met afasie en hun partner.

Uit de interviews met de experts kan geconcludeerd worden dat het betrekken van de omgeving bij de functionele afasietherapie van groot belang is. Dit wordt gezegd door alle experts. Zij zijn van mening dat communicatie juist over de omgeving gaat, omdat de afaticus uiteindelijk met hen zal moeten communiceren. Tot slot zijn de experts van mening dat de omgeving kan helpen bij het inventariseren en evalueren van de hulpvraag en voor de generalisatie naar het dagelijks leven. De logopedist moet een meer coachende rol in dit proces aannemen.

4.5 EVALUATIE

Voordat de therapeut een begin maakt met meten kan er een stappenplan doorlopen worden. Het stappenplan van Beurskens et al. (2008) in tabel 2 kan het logopedisch handelen ondersteunen tijdens het evalueren van de behandeling. Lacroix et al. (2010) hebben dit stappenplan aangeboden in een post-HBO scholing met vijftien logopedisten. Na het aanbieden van dit stappenplan bleek dat de logopedisten een verbeterd inzicht hadden in het gebruik van meetinstrumenten gericht op de laatste ICF-domeinen (activiteiten, participatie, omgevingsfactoren en persoonlijke factoren), meer plezier hadden in het gebruik van meetinstrumenten en konden zij de meetinstrumenten adequaat en doelbewust inzetten.

Als kanttkening moet erbij gezet worden dat de scholing bij vijftien logopedisten is afgenomen, waardoor generalisatie nog beperkt is. Er moet meer onderzoek gedaan worden naar het gebruik van deze gebruikte hulpmiddelen.

Stap 1: wat wilt u meten?
Stap 2: met welk doel wilt u meten?
Stap 3: met welk soort meetinstrument wilt u meten?
Stap 4: hoe vindt u een meetinstrument?
Stap 5: wat is de hanteerbaarheid?
Stap 6: wat is de methodologische kwaliteit?
Stap 7: hoe analyseert u de gegevens?
Stap 8: hoe interpreteert en rapporteert u de gegevens?

Tabel 2: Stappenplan als ondersteuning bij het gebruik van meetinstrumenten. Overgenomen van "Meten in de praktijk. Stappenplan voor het gebruik van meetinstrumenten in de gezondheidszorg." van S. Beurskens, R. van Peppen, E. Stutterheim, R. Swinkels, & H. Wittinkx (2010), Houten: Bohn Stafleu van Loghum p. 15.

Tevens kan er ondersteuning gezocht worden bij het eerder besproken ICF-model: stoornis, activiteiten en participatie (WHO, 2002; besproken in Lacroix et al., 2010) en het eerder besproken RPS-model (Steiner et al., 2002; besproken in Lacroix et al., 2010).

4.5.1 ALGEMEEN WELZIJN

Hesketh en Hopcutt (1997) geven aan dat er meer gekeken moet worden naar de kwaliteit van leven van de afasiecliënt. Het gaat immers uiteindelijk om het welzijn en de tevredenheid van de cliënt, ongeacht of zijn communicatieve mogelijkheden zijn vergroot (Sevat & Heesbeen, 2000).

Een voorbeeld hiervan is cliënt AD in de casus van Schram (2003). De logopedist had als doel gesteld dat cliënt AD zelfstandig boodschappen kon doen in een thuissituatie. Tijdens de evaluatie kwam naar voren dat de cliënt tevreden was met de veranderde situatie, ondanks dat het einddoel niet behaald is. De casus van Schram (2003) bevestigt hierbij het standpunt van Sevat & Heesbeen (2000).

Tucker, Edwards, Mathews, Baum, en Connor (2012) geven aan dat afasie vaak een exclusie criterium is voor onderzoek naar zelfevaluatie om kwaliteit van leven te bepalen. Tucker et al. (2012) hebben onderzocht of dit wel mogelijk zou kunnen zijn bij afatici. De onderzoekers hebben een aantal punten opgesteld om de proefpersonen te helpen bij het invullen:

- Herhaling van de vraag en de keuzes;
- De vraag vereenvoudigen;
- De keuzes opnieuw uitleggen;
- Combineren van een ja/nee vraag;
- Het voorleggen van de volgende vraag.

Het onderzoek was niet specifiek gericht op communicatie, maar toch geeft deze studie interessante uitkomsten. Tucker et al. (2012) laten zien dat het mogelijk is voor ernstige

afatici om zelfreflectie uit te kunnen voeren, mits bovenstaande punten toegepast worden. De stappen kunnen meegenomen worden bij het invullen van vragenlijsten.

Chue et al. (2010) hebben ook onderzoek uitgevoerd naar zelfreflectie door afatici. Zij hebben het Communication Disability Profile (CDP; Swinburn & Byng, 2006; besproken in Chue et al., 2010) gebruikt. Dit meetinstrument richt zich op activiteiten, participatie, omgevingsfactoren en emoties. In dit onderzoek hebben zestien participanten met chronische afasie meegedaan. De onderzoekers hebben ondersteunde communicatie gebruikt om de vragen duidelijk te maken. Als resultaat kwam naar voren dat het CDP een hoge betrouwbaarheid heeft en een afasie-vriendelijk instrument is door het gebruik van plaatjes.

4.5.2 SAMENVATTING EXPERTS

Verschaeve en Van der Kaaden geven aan dat het SMART opstellen van doelen een uitkomst biedt. Hierdoor kan doelgerichter geëvalueerd worden. Tevens geven de experts aan dat de logopedisten een beginmeting en een eindmeting moeten maken. Hierdoor is het gemakkelijk om het effect van de behandeling te meten. De behandeling kan ook geëvalueerd worden door een ervaringscijfer te gebruiken, zoals Top-Termaat dat doet.

“Dus dan wat ik in ieder geval altijd probeer te vragen, aan het begin en aan het eind, is een ervaringscijfer, dus tussen één en tien, om een soort van naja subjectief objectieve maat” (Top-Termaat).

Top-Termaat vraagt expliciet aan het begin van de behandeling naar het ervaringscijfer en bij de evaluatie opnieuw. Hierdoor probeert zij erachter te komen wat de cliënt meer tevreden of juist ontevreden heeft gemaakt.

De meningen over het gebruik van de BEBA verschillen onder de experts. Dalemans en Wielaert geven aan dat de Birkhovense manier een ideale manier is van evalueren. Van der Kaaden, Top-Termaat en Verschaeve vinden dat de BEBA niet gemakkelijk in gebruik en verouderd is. De CIQ zou ook een ideaal meetinstrument kunnen zijn volgens Dalemans. “Wat ik ook een goeie vind ja, is, de CIQ die ik zelf ehm heb aangepast voor mensen met afasie hè, de Community Integration Questionnaire hè, dat is een meetinstrument die eigenlijk eh de verschillende eh domeinen van leven in beeld brengt en ik heb daar een eh een eh schaal aan toegevoegd, namelijk de mate waarin iemand daarmee een probleem mee ervaart. Ehm, dat vind ik een mooi meetinstrument wat je ook evaluatief kunt gebruiken, omdat je eh, het dan heel goed in beeld krijgt of iemand er nog een probleem mee ervaart of niet. Dus op die manier kun je dat evaluatief heel goed gebruiken” (Dalemans).

De kwaliteit van leven wordt volgens Wielaert, Van der Kaaden en Top-Termaat niet altijd gemeten. Wielaert geeft aan dat we meer moeten kijken naar kwaliteit van communicatie. “De communicatie verandert, maar dat wil niet zeggen dat het niet waardevol is” (Wielaert).

Van der Kaaden geeft aan dat het nu niet gemeten wordt in het revalidatiecentrum waarin zij werkt. Zij geeft wel aan dat de logopedisten daar naar moeten streven.

“Uhm nou het is toch niet een heel hot item ook niet onder andere doelgroepen binnen de revalidatie. Ik denk dat dat wel gaat komen” (Van der Kaaden).

In het afasiecentrum waar Verschaeve werkt, wordt wel degelijk rekening gehouden met wat mensen vinden over hun kwaliteit van leven. Vaak zien we dat het subjectief blijft en een momentopname is. “Wat we nu gebruiken is de Utrechtse Participatie schaal (USER-P). Die vinden wij wel meerwaarde hebben, omdat hij dus niet alleen meet of in kaart brengt hoe tevreden mensen over hun participatie zijn, maar ook hoe vaak of hoeveel ze nu doen en of het belangrijk voor ze is. De vier elementen komen in beeld” (Verschaeve).

Dalemans geeft een paar opties om de kwaliteit van leven te meten.

“Ook de Life Satisfaction Questionnaire hè, levenstevredenheidslijst, van zie je daar een vooruitgang in? Is hij, is iemand tevredener met zijn leven want uiteindelijk wil je dat bereiken” (Dalemans).

“Eh, je hebt bijvoorbeeld de Stroke and Aphasia Quality of Life Scale, die ook vertaald is naar het Nederlands die gebruikt wordt, maar ik vind het al een redelijk omslachtige, omvangrijke ehhh vragenlijst. De levenstevredenheidsvragenlijst zal je daar heel mooi voor kunnen gebruiken, dat is ehm een afgeleide, dat is een tevredenheidsvragenlijst (...) een kwaliteit van leven vragenlijst ehm, maar dat is een eenvoudige vragenlijst, bestaat maar uit 15 vragen en ehhh, meet eigenlijk alle verschillende domeinen. Dus dat vind ik wel een goe, een, een goeie lijst om een indicatie te krijgen” (Dalemans).

“En het gewoon vragen. Het gewoon vragen: is dit wat u op voorhand verwacht had? Eh, bent u nu, bent u nu tevreden? Offe... Vaak is het gewoon een simpele vraag maar die moet je wel ook echt stellen” (Dalemans).

Top-Termaat geeft aan dat zij de kwaliteit van leven evalueert door de cliënt zichzelf een cijfer te geven. Ook geeft zij aan dat de Scenariotest uitkomsten biedt om te bekijken hoe de cliënt zich redt in het dagelijks leven.

Geconcludeerd kan worden dat iedere expert een andere mening heeft wat er gebruikt kan worden om de evaluatie uit te kunnen voeren. Vier van de vijf experts zeggen dat de evaluatie zo objectief mogelijk gedaan moet worden. Daarnaast kan er geconcludeerd worden dat er een begin- en een eindniveau gemeten moet worden. Dit wordt gezegd door drie van de vijf experts.

Ten slotte komt in de interviews naar voren dat alle experts het meten van de kwaliteit van leven van belang vinden in de behandeling.

4.6 GENERALISATIE

Zoals in de huidige situatie beschreven, blijkt generalisatie naar het dagelijks leven moeilijk te bereiken. Het eerder beschreven stappenplan van Goos et al. (1999) kan als algemene basis gebruikt worden om een geslaagde transfer naar het dagelijks leven te maken. De laatste twee stappen maken de generalisatie naar het dagelijks leven mogelijk. De cliënt gaat namelijk in stap 3 de activiteit in de praktijk uitvoeren onder begeleiding van de therapeut. In stap 4 gaat de cliënt zelfstandig oefenen in de praktijk.

Er blijkt uit recente literatuur dat generalisatie naar het dagelijks leven gestimuleerd en geoefend kan worden door met de cliënt systematisch in verschillende praktijksituaties te oefenen (Hopper & Holland, 1998; Worrall, 1995; Worrall, 1999; allen besproken in Sevat & Heesbeen 2000).

4.6.1 SAMENVATTING EXPERTS

Top-Termaat, werkend in een eigen praktijk, geeft aan niet vaak de therapieruimte uit te gaan om te oefenen met de cliënt. Van der Kaaden zegt dat de financiële mogelijkheden binnen de setting revalidatie beperkt zijn om buiten de therapiekamer te oefenen. Zij geeft aan dat de praktische mogelijkheden beperkt zijn. Dit komt overeen met wat Goos et al. (1999) aangeven in het artikel van Sevat en Heesbeen (2000). Zij geven aan dat de financiële en logistieke mogelijkheden in Nederland beperkt zijn om buiten de therapiekamer van de logopedist te oefenen.

De experts zijn van mening dat de omgeving in het generalisatieproces betrokken moet worden om generalisatie naar het dagelijks leven te bevorderen. Van der Kaaden geeft aan: “Nee, want ik blijf van mening dat jij maar middel bent en dat jij weer wegvalt, dus als iemand het gaat doen, zal die het ook met andere mensen moeten doen, of alleen”.

De mantelzorgers moeten dus actief betrokken worden bij dit proces. Soms is dit niet haalbaar, omdat de mantelzorger niet betrokken wil worden. Dalemans is van mening dat je dan verder moet kijken in het sociale netwerk van de cliënt.

“En als er dan niemand is, als het blijkt dat iemand helemaal geen netwerk heeft, ja dan moet je gaan kijken hoe kan je zo’n netwerk creëren? Is er misschien een andere persoon met afasie die een lichtere afasie heeft die het wel leuk vindt of een vrijwilliger die je kan gaan eh, dus ja, dat betekent echt toch wel een beetje een rolverschuiving van de logopedist. Je bent ook veel meer bezig met, met de, de mensen om de cliënt heen. Daarom voor mij is de cliënt de persoon zelf maar ook al diegenen die indirect getroffen worden door de afasie, dat voor mij de cliënt” (Dalemans).

Verschaeve is van mening dat de therapie nu teveel gericht is op activiteitsniveau, waardoor de generalisatie niet behaald kan worden. Wielaert is juist van mening dat we meer op activiteitsniveau en situatiegericht moeten oefenen.

Concluderend kan er gezegd worden dat volgens alle experts de omgeving een rol moet spelen in het generalisatieproces.

4.7 COMPUTERTECHNOLOGIE

De computertechnologie kan afatici helpen in het behalen van functionele en participatiegerichte doelen in de therapie. Om dit daadwerkelijk te bereiken, moet er nog het één en ander gebeuren. Er zijn een aantal aanbevelingen, gegeven door verschillende onderzoekers samengevat in een review van Brandenburg et al. (2013), die de toegankelijkheid tot de mobiele technologie zouden kunnen vergroten. Aanbevelingen die hiertoe behoren zijn:

- Het gebruik van symbolen of plaatjes die de tekst ondersteunen (Waller & Newall, 1997; Brennan et al., 2005; Allen et al., 2008; Greig et al., 2008; allen besproken in Brandenburg et al., 2013).
- Door het gebruik van een groot en eenvoudig lettertype, gelijkwaardige regelafstand, eenvoudige woorden en korte zinnen wordt de tekst afasievriendelijk. Daarnaast zou een

donkere tekst op een lichte achtergrond de toegankelijkheid vergroten (Brennan et al., 2005; Singh., 2000; Morris et al., 2010; allen besproken in Brandenburg et al., 2013).

- Moffatt (2004), Greig et al. (2008) en Morris et al. (2010) (allen besproken in Brandenburg et al., 2013) beschrijven dat het gebruik van grote toetsen op een aanraakscherm bevorderlijk is voor de toegankelijkheid.
- De lay-out moet telkens hetzelfde uiterlijk hebben en er mogen geen onvoorspelbaarheden in beeld komen (Waller & Newall, 1997; Singh, 2000; allen besproken in Brandenburg et al., 2013).
- De indeling van het menu moet simpel en overzichtelijk zijn. Er kan beter gebruik worden gemaakt van tabbladen dan dat de pagina lang is en er gescrold moet worden (Moffatt, 2004; Allen et al., 2008; Greig et al., 2008; allen besproken in Brandenburg et al., 2013).
- Apps zullen visueel eenvoudig gemaakt moeten worden. Drukke achtergronden en afbeeldingen moeten worden vermeden (Waller & Newall, 1997; Singh, 2000; allen besproken in Brandenburg et al., 2013).

Dit zijn allemaal aanpassingen die de toegang tot computertechnology kunnen vergemakkelijken. Dit zijn echter globale aanpassingen. Deze zullen niet voor iedere cliënt de toegankelijkheid verbeteren, omdat iedere cliënt verschillend is (Brandenburg et al., 2013).

Mobiele computers zoals de iPad bieden mogelijkheden in de toekomst van de logopedie en die van afatici. Er zal meer onderzoek moeten worden gedaan naar het gebruik van mobiele technologie door afatici. De toegankelijkheid van mobiele technologie voor afatici zal geoptimaliseerd moeten worden en er zullen nieuwe apps ontwikkeld moeten worden. Bovendien zullen bestaande apps geëvalueerd moeten worden op functionaliteit (Brandenburg et al. 2013).

4.7.1 SAMENVATTING EXPERTS

Dat de computertechnologie met de jaren een grotere rol gaat spelen in de behandeling, daar zijn alle experts het over eens. Logopedisten kunnen er niet om heen dat de computer een grotere rol gaat spelen binnen de therapie. Dit komt mede door de veranderingen binnen de zorgverzekeringen. Door de bezuinigingen zullen logopedisten effectief moeten werken aan de communicatie van de cliënt. De therapietijd zal zo efficiënt mogelijk ingedeeld moeten worden. Hierbij zal de logopedist een meer coachende rol in moeten gaan nemen.

Dat de computer ingezet wordt in de linguïstische benadering, in de therapie op stoornisniveau waarbij het vooral om inslijpen gaat, zal volgens de experts gemakkelijker zijn dan in de functionele therapie. In de functionele therapie, waarbij de hulpvraag van de cliënt centraal staat, zal de computertechnologie slechts een kleine rol kunnen spelen. Dit tenzij er een programma ontwikkeld wordt wat geheel afgestemd kan worden op de cliënt als individu.

Wat er in de komende tien jaar op ons pad komt en welke ontwikkelingen zich voor gaan doen zijn nog onbekend. De computertechnologie zal een grotere rol gaan spelen in de behandeling, waarbij de logopedist een meer coachende rol aan zal gaan nemen. Toch

delen de experts de mening dat een computer de behandeling nooit in zijn geheel over zal gaan nemen. Het werk van de logopedist is en blijft volgens de experts mensenwerk.

Er kan geconcludeerd worden dat de computertechnologie een grotere rol gaat spelen in de behandeling. Dit wordt gezegd door alle experts. Wat deze rol gaat zijn zal de tijd moeten gaan uitwijzen. De computertechnologie zal de logopedist niet vervangen. Wel zal volgens alle experts de logopedist een meer coachende rol aan moeten gaan nemen.

HOOFDSTUK 5: DISCUSSIE

In dit hoofdstuk worden onvoorziene tekortkomingen van de literatuurstudie en het veldonderzoek besproken. Daarnaast worden er aanbevelingen gedaan voor nader onderzoek.

In de uitvoering van het veldonderzoek zijn er een aantal kanttekeningen. Zo was er wegens tijdgebrek halverwege het literatuuronderzoek al gestart met het veldonderzoek. De interviewvragen zijn hierdoor niet gebaseerd op de gehele literatuurstudie. Hierdoor kon enkele relevante literatuur die later is toegevoegd uiteindelijk niet vergeleken worden met de verkregen informatie uit de interviews. Dit heeft uiteindelijk invloed gehad op de conclusie en aanbevelingen.

Daarnaast zijn er een aantal vragen tijdens de interviews niet gesteld, gezien het onderwerp van de vragen al eerder aan bod was gekomen en gedacht werd dat deze vragen indirect al beantwoord waren. Daarnaast zijn er bij twee interviews een aantal vragen niet aan bod gekomen wegens tijdgebrek. Dit heeft er toe geleid dat niet alle vragen met elkaar vergeleken konden worden, waardoor er over deze vragen geen conclusie getrokken kon worden.

Verder onderzoek voor bewezen trainingen en werkwijzen van therapieën is wenselijk. Uit literatuur van de ideale situatie blijkt namelijk dat in het buitenland de SCA-training (Kagan et al., 2001) en het Speaking Out programma (Worrall & Yiu, 2000), die zich richten op het trainen van vrijwilligers, effectief zijn bij een klein aantal participanten. Dit geldt ook voor de gebarentherapie van Daumüller en Goldenberg (2010) en de tekentherapieën van Sacchett et al. (1999) en Beeson en Ramage (2000), die gericht zijn op het verbeteren van de non-verbale communicatie. Daarnaast geldt dit ook voor een therapie gericht op de verbale communicatie middels het aanleren van een wie-wat-waar structuur (Hopper & Holland, 1998). Het is wenselijk dat er veel onderzoek gedaan wordt naar het effect van de bovenstaande trainingen, werkwijzen van therapieën en communicatiehulpmiddelen in Nederland. De onderzoeken moeten kleinschalig gehouden worden, omdat er rekening gehouden moet worden met de kenmerken van de cliënt. Verder onderzoek op dit gebied zal uitwijzen of dit ook in Nederland ideaal zou kunnen zijn. Daarnaast moet er meer onderzoek gedaan worden naar een ideale manier van de inventarisatie en evaluatie van de hulpvraag. In literatuur staat hier weinig over beschreven en ook de experts zijn niet eenduidig over dit onderwerp.

In dit hoofdstuk wordt de discrepantie tussen de huidige situatie en ideale situatie van functionele afasietherapie beschreven. Hierin wordt beschreven wat er nog nodig is om tot ideale functionele afasietherapie te komen. Tevens wordt er een conclusie getrokken over de invloed van de kenmerken van de cliënt op de therapie. Aan de hand van deze conclusie zijn aanbevelingen geschreven.

De belangrijkste conclusie die uit dit onderzoek getrokken kan worden, is dat de rol van de omgeving in de afasietherapie op activiteiten- en participatieniveau onmisbaar is. De discrepantie tussen de huidige en ideale situatie wat betreft de omgeving, bestaat uit verschillende aspecten. Uit onderzoek blijkt dat het op dit moment lastig is om de omgeving te betrekken in de functionele afasietherapie. Hiervoor geven de logopedisten verschillende redenen. De logopedisten geven aan dat het op dit moment moeilijk is om de omgeving te betrekken in de functionele afasietherapie. Voor de partner is het niet altijd mogelijk om bij de therapie aanwezig te zijn en daarnaast is er tijdens de groepstherapie lang niet altijd mogelijk om de partner te betrekken in de therapie. In literatuur en door experts wordt op verschillende vlakken benadrukt dat het betrekken van de omgeving van groot belang is. Zo wordt op dit moment de omgeving onvoldoende betrokken bij het inzetten van een communicatiehulpmiddel, terwijl dit volgens literatuur en experts wel zou moeten gebeuren (Johnson et al., 2008). Daarnaast wordt de omgeving nog onvoldoende getraind in de communicatie met de cliënt. In de literatuur zijn programma's beschreven waarbij de gesprekspartner getraind wordt. Het gaat hierbij om de conversatieanalyse (Janssen, 2003), waarvan bewezen is dat deze effectief is. De PACT (Wielandt & Wilkinson, 2012) is een methode gebaseerd op de conversatieanalyse. De experts benoemen ook alle vijf dat het trainen van de omgeving onvermijdelijk is, want afasie heeft de cliënt niet alleen en uiteindelijk moet de cliënt kunnen communiceren met zijn omgeving. Logopedisten benoemen dat zij graag informatieavonden zouden willen organiseren voor de omgeving van de cliënt. Dit zou een stap kunnen zijn in de goede richting naar de ideale situatie. In literatuur wordt namelijk bevestigd dat het vergroten van de kennis over afasie bij de partner van de afaticus een belangrijk onderdeel is van de therapie (Hinckley & Packard, 2001). Ten slotte blijkt uit literatuur en interviews met logopedisten dat generalisatie naar het dagelijks leven nog onvoldoende bereikt wordt. Alle experts zijn van mening dat wanneer de omgeving betrokken wordt in dit proces, er meer generalisatie plaats zou kunnen vinden. Ze geven niet concreet aan hoe dit gedaan kan worden.

De volgende conclusie die getrokken kan worden uit zowel de literatuur als het veldonderzoek is dat de cliënt en zijn kenmerken te allen tijde centraal moeten staan in de behandeling. Deze kenmerken hebben invloed op de therapie. Wanneer een hulpmiddel ingezet wordt, zal deze aangepast moeten worden aan de behoeftes van de cliënt en zijn kenmerken (Jacobs et al., 2004). Dit gebeurt in het werkveld te weinig, maar dit wordt zowel door de literatuur als de experts bevestigd. Een opmerkelijke uitkomst uit het veldonderzoek was dat er maar één contra-indicatie genoemd werd voor het geven van therapie. Dit is namelijk de motivatie van de cliënt. Hierover is in de literatuur niets gevonden. Het is opmerkelijk dat de literatuur wel degelijk spreekt over stoornissen die de therapie dusdanig kunnen beïnvloeden dat het een contra-indicatie zou kunnen zijn. Zo wordt in de literatuur gesproken over aandachtsstoornissen en stoornissen in het geheugen die een belangrijke rol spelen in het (her)leren van vaardigheden.

De derde conclusie die getrokken kan worden uit dit onderzoek is dat er gebruik gemaakt zou moeten worden van een PACE-achtige methode. Onderzoek heeft uitgewezen dat het gebruik van de werkwijze van Goos et al. (1999) ideaal zou zijn. Deze werkwijze is gebaseerd op PACE en op Totale communicatie therapie (Pijfers et al., 1984). De geïnterviewde experts bevestigen dat PACE een goed concept is en het goed is PACE-achtige werkwijzen te hanteren in de uitvoering van de behandeling. Op dit moment worden door de logopedist verschillende materiaalvormen op basis van de persoonlijke creativiteit gebruikt, echter zijn deze weinig tot niet op literatuur gebaseerd.

Als vierde kan geconcludeerd worden dat in het inventariseren van de hulpvraag er een kleine discrepantie is tussen de huidige en ideale situatie. In beide situaties wordt de hulpvraag geïnventariseerd door middel van een gesprek met de cliënt en zijn omgeving. De experts zijn van mening dat logopedisten in de praktijk een andere manier moet gebruiken betreft het inventariseren van de hulpvraag. Echter geven de experts geen eenduidig antwoord over hoe dit beter zou moeten. Er is daarnaast onvoldoende bewijs om te concluderen wat er nodig is voor het opstellen van behandeldoelen in een ideale situatie. Ook het evalueren van de hulpvraag wordt gedaan door middel van een gesprek met zowel de cliënt als zijn omgeving. Volgens de experts moet er zo objectief mogelijk geëvalueerd worden, gebruikmakend van een begin- en eindmeting. Uit zowel de literatuur als de mening van experts blijkt dat er in een ideale situatie verder gekeken moet worden dan alleen de hulpvraag tijdens het evalueren, maar dat er ook gekeken moet worden naar de kwaliteit van leven.

Ook binnen groepstherapie bestaat er een discrepantie tussen de huidige situatie en ideale situatie. De logopedisten delen een groep op dit moment homogeen in, terwijl experts juist aangeven dat het beter is om groepen heterogeen in te delen. Door het heterogeen indelen van groepen kunnen cliënten elkaar meer ondersteunen.

Ten slotte blijkt uit literatuur dat de computertechnologie een grote rol zal gaan spelen in de behandeling (Brandenburg et al., 2013). Geconcludeerd kan worden op basis van meningen van experts, dat de logopedist een coachende rol moet gaan aannemen en op de hoogte moet blijven van de ontwikkelingen op dit gebied.

Hieronder worden aanbevelingen beschreven die logopedisten handvatten kunnen geven in het uitvoeren van de functionele logopedische afasiebehandeling. Deze zijn voortgekomen uit de resultaten van het onderzoek. Door het meenemen van deze aanbevelingen in de behandeling kan een meer ideale situatie bereikt worden.

De logopedist moet de partner van de cliënt trainen om de partner om te leren gaan met de afaticus.

Zowel Wilkinson et al. (2011) als Janssen (2003) hebben onderzoek gedaan naar het trainen van de partner. Zij hebben aangetoond dat door het trainen van de partner middels de conversatieanalyse de communicatie tussen partners verbetert. Dit werd ook zo ervaren door zowel de partner als de cliënt (Janssen, 2003; Wilkinson et al., 2011). Bovendien gaven cliënt en partner verbetering in participatie en in de kwaliteit van leven aan (Simmons-Mackie et al., 2010). Alle vijf experts zijn ook van mening dat het trainen van de partner onmisbaar is. “Ja ja ik denk ook, maar dat is mijn hele idee over afasietherapie dat de logopedist niet de gesprekspartner moet zijn in de therapie. Want die logopedist is er maar tijdelijk. Maar die ander moet met iemand anders kunnen praten, of dat nou een partner is of een vriend of een collega, daar moet hij het mee leren en die ander moet dus ook wat leren, want nou ja afasie heb je volgens mij niet alleen maar altijd tweeën” (Van der Kaaden).

De logopedist moet een communicatiehulpmiddel uitkiezen op basis van de kenmerken van de cliënt en het aanpassen aan zijn communicatieve behoeften.

Uit de onderzoeken van Prinsen-Koolhaas et al. (2008) en Van de Sandt-Koenderman et al. (2007) blijken de kenmerken van de cliënt, waaronder cognitieve vaardigheden (Prinsen-Koolhaas et al., 2008), een belangrijke rol te spelen voor het al dan niet slagen van het gebruik van een communicatiehulpmiddel. Daarnaast is het volgens Prinsen-Koolhaas et al. (2008) belangrijk om regelmatig het vocabulaire van het communicatiehulpmiddel aan te passen aan de communicatieve behoeften van de cliënt. Vier van de vijf meningen van de experts sluiten aan bij deze bevindingen van Prinsen-Koolhaas et al. (2008) en van Van de Sandt-Koenderman et al. (2007). Zo zegt Van der Kaaden: “...wat ook zo is, is dat toch heel veel mensen met een afasie niet alleen een afasie hebben, maar ook cognitieve problemen waardoor ehh ja wij kunnen de mooiste hulpmiddelen bedenken.. Een elektronische, digitale, noem het maar op. Maar de patiënt is de belemmerende factor in die zin, die moet hem kunnen bedienen. En als hij het systeem niet begrijpt, dan gaat het hem niet worden. En dat zie je toch mijns inziens heel vaak. Mensen met grotere communicatieve problemen, ook meer cognitieve problemen waardoor het uiteindelijk toch, nou ja ehh, niet haalbaar blijkt”. Aansluitend zegt Verschaeve: “Maar als je een half jaar later in een afasiecentrum gaat kijken en vraagt hoeveel mensen van toen nu nog TouchSpeak gebruiken is dat nihil, want die liggen allemaal in de koelkast. Bij wijze van spreken. Niet letterlijk dan, maar ja. Want het hulpmiddel zoals het toen is ingericht voldoet niet meer bij de functionele eisen van nu”.

⁷ Voor toelichting op de aanbevelingen, zie hoofdstuk 2, 3 en 4.

De logopedist moet het concept van de PACE-methode meenemen in de uitvoering van de behandeling.

Onderzoek heeft uitgewezen dat de toepassing van de werkwijze van Goos et al. (1999), die gedeeltelijk gebaseerd is op de PACE-methode, ervoor zorgt dat de cliënten minder communicatieve beperkingen ervaren en het daarnaast de participatie van de cliënt in het dagelijks leven kan bevorderen. Naast dit onderzoek wordt ook het concept van PACE-achtige werkwijzen door alle experts benoemd als ideaal. “En het concept PACE is denk ik heel goed, als je er van uit gaat dat PACE betekent: ik ga jou iets duidelijk maken wat jij nog niet weet. Want dat is communicatie. Dus in die zin denk ik dat het een heel goed concept is om op die manier dingen uhm te oefenen” (Van der Kaaden).

Bastiaanse, R. (2010). *Afasie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Beeson, P.M. & Ramage, A.E. (2000). Drawing from experience: The development of alternative communication strategies. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 7(2), 10-20.

Berns, E.G. (2002). Pragmatische aspecten van afasietherapie. In: H.F.M. Peters, R. Bastiaanse, J. van Borsel, P.H.O. Dejonckere, K. Jansonijs-Schultheiss, S.J. van der Meulen, & B.J.E. Monderlaers (Eds.), *Handboek stem- spraak- taalpathologie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Berns, P.E.G. & Wielaert, S.M. (2003). Theoretische achtergronden van afasietherapie: opvattingen en kenmerken. In S.M. Wielaert & P.E.G. Berns (Eds.), *Status afasietherapie: Gevalsbeschrijvingen uit de klinische praktijk*. (pp. 19-33). Lisse: Swets & Zeitlinger.

Bernstein-Ellis E. & Elman, R.J. (2007). Aphasia group communication treatment: The aphasia center of California approach. In R.J. Elman, *Group treatment of neurogenic communication disorders: The expert clinician's approach* (pp. 71-94). San Diego, Oxford, Brisbane: Plural Publishing.

Beurskens, S., van Peppen, R., Stutterheim, E., Swinkels, R. & Wittink, H. (2008). *Meten in de praktijk. Stappenplan voor het gebruik van meetinstrumenten in de gezondheidszorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Bliek, R. (2012). *Marktonderzoek doe je zo!*. Linkin Business.

Brandenburg, C., Worrall, L., Rodriguez, A.D., & Copland, D. (2013). Mobile computing technology and aphasia: An integrated review of accessibility and potential uses. *Aphasiology*, 27(4), 444-461. doi: 10.1080/02687038.2013.772293.

Cherney, L.R. & Robey, R.R. (2008). Aphasia treatment: Recovery, prognosis, and clinical effectiveness. In R. Chapey. *Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders* (5th ed., pp. 186-202). Brooklyn, New York: Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins.

Chrispijn, J. (2003). Werken met groepen: Altijd weer iets anders en wat maakt een groep tot een groep. *Logopedie en Foniatrie*, 2, 54-57.

Chue, W.L., Rose, M.L., & Swinburn, K. (2010). The reliability of the communication disability profile: a patient-reported outcome measure for aphasia. *Aphasiology*, 21(6-8), 940-956. doi: 10.1080/02687030903490541.

Coelho, M.B., Jochems, A.A.F., & Joosten, F.W.M.G. (2012). *Coelho zakwoordenboek der geneeskunde* (Rev. ed.). Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.

Commissie CVA-Revalidatie. (2001). *Revalidatie na een beroerte, richtlijnen en aanbevelingen voor zorgverleners*. Den Haag: Nederlandse Hartstichting.

- Dalemans, R.J.P., De Witte, L.P., Wade, D.T. & Van den Heuvel W.J.A. (2007). A description of social participation in working-age persons with aphasia: a review of the literature. *Aphasiology*, 22(10), 1071-1091. DOI: 10.1080/02687030701632179.
- Daumüller, M. & Goldenberg, G. (2010). Therapy to improve gestural expression in aphasia: a controlled clinical trial. *Clinical Rehabilitation*, 24, 55-65.
- Davis, G.A. (2005). PACE revisited. *Aphasiology*, 19(1), 21-38. doi: 10.1080/02687030444000598.
- De Vries, de L., Stumpel, H., & Stoutjesdijk, O.K. (1997). *Het Taalzakboek*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Elman, R.J. & Bernstein-Ellis, E. (1999). The efficacy of group communication treatment in adults with chronic aphasia. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 42, 411-419.
- Elman, R.J. (2007a). Introduction to group treatment of neurogenic communication disorders. In R.J. Elman, *Group treatment of neurogenic communication disorders: The expert clinician's approach* (pp. 1-10). San Diego, Oxford, Brisbane: Plural Publishing.
- Elman, R.J. (2007b). The importance of aphasia group treatment rebuilding community and health. *Topics in Language Disorders*, 27(4), 300-308.
- Garrett, K.L. & Beukelman, D.R. (1995). Changes in the interaction patterns of an individual with severe aphasia given three types of partner support. *Clinical Aphasiology*, 23, 237-251.
- Garrett, K.L. & Pimentel, J.T. (2007). Measuring outcomes of group therapy. In R.J. Elman (Eds.), *Group treatment of neurogenic communication disorders: The expert clinician's approach* (pp. 25-61). San Diego, Oxford, Brisbane: Plural publishing.
- Goos, H.M.M., Heesbeen, I.M.E., & Sevat, R.G. (1999). Trainingscentrum voor mensen met afasie. *Logopedie en Foniatrie*, 71(12), 254-260.
- Heesbeen, I.M.E. & Sevat, R.G. (2001). *Handleiding Birkhovense Evaluatie Behandeldoelen Afasie (BEBA)*. Amersfoort: Verpleeg- en reactiveringscentrum Birkhoven.
- Heintjes, T. (2003). Een persoonlijk communicatieondersteunend middel: Samenspel tussen cliënt, omgeving en therapeut. In S.M. Wielaert & P.E.G. Berns (Eds.), *Status afasietherapie: Gevalsbeschrijvingen uit de klinische praktijk* (pp. 199-214). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Helm-Estabrooks, N. (2002). Cognition and aphasia: a discussion and study. *Journal of Communication Disorder*, 35, 171-186.
- Hersh, D., Sherratt, S., Howe, T., Worrall, L., Davidson, B., & Ferguson, A. (2012). An analysis of the "goal" in aphasia rehabilitation. *Aphasiology*, 26(8), 971-984.
- Hesketh, A. & Hopcutt, B. (1997). Outcome measures for aphasia therapy: It's not what you do, it's the way that you measure it. *European Journal of Disorders of Communication*, 32, 189-202.

Hinckley, J.J. & Packard, M.E.W. (2001). Family education seminars and social functioning of adults with chronic aphasia. *Journal of Communication Disorders*, 34(3), 241–254.

Hopper, T. & Holland, A. (1998). Situation-specific training for adults with aphasia: an example. *Aphasiology*, 12(10), 933-944.

Janssen, G. (2003). “Het lijkt wel een quiz”. In S.M. Wielaert & P.E.G. Berns (Eds.), *Status afasietherapie: Gevalsbeschrijvingen uit de klinische praktijk* (pp. 257-273). Lisse: Swets & Zeitlinger.

Jacobs, B., Drew, R., Ogletree, B.T., & Pierce, K. (2004). Augmentative and Alternative Communication (AAC) for adults with severe aphasia: Where we stand and how we can go further. *Disability and Rehabilitation*, 26(21/22), 1231-1240.
doi:10.1080/09638280412331280244.

Johnson, R.K., Hough, M.S., King, K.A., Vos, P., & Jeffs, T. (2008). Functional communication in individuals with chronic severe aphasia using augmentative communication. *Augmentative and Alternative Communication*, 24(4), 269-280.
doi:10.1080/07434610802463957.

Kagan, A., Black, S.E., Duchan, J.F., Simmons-Mackie, N., & Square, P. (2001). Training volunteers as conversation partners using “supported conversation for adults with aphasia” (SCA): a controlled trial. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 44, 624-634.

Kalf, H. & de Beer, J. (2004). *Evidence based logopedie: Logopedisch handelen gebaseerd op wetenschappelijke evidentie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum

Lacroix, M., Dalemans, R., & Beurskens, S. (2010). Het gebruik van meetinstrumenten om activiteiten en participatie te meten bij patiënten met een neurologische ziekte. *Logopedie en Foniatrie*, 10, 308-314.

Leipoldt, C.T., Schavemaker, E.C.M., & Voorberg, I.M. (2005). Groepstherapie. In H.F.M. Peters, R. Bastiaanse, J. van Borsel, P.H.O. Dejonckere, K. Jansonius-Schultheiss, S.J. van der Meulen & B.J.E. Monderlaers (Eds.), *Handboek stem- spraak- taalpathologie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Leśniak, M., Bak, T., Czepiel, W., Seniów, J., & Czlonkowska, A. (2008). Frequency and prognostic value of cognitive disorders in stroke patients. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 26, 356-363.

Mayer-Johnson (z.j.). Boardmaking with Speaking Dynamically Pro.

Nobis-Bosch, R., Springer, L., Radermacher, I., & Huber, W. (2011). Supervised home training of dialogue skills in chronic aphasia: a randomized parallel group study. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 54, 1118-1136.

NVAT (2012). Afasie Interventie Schema van de Nederlandse Vereniging van Afasietherapeuten. (NAIS). www.afasietherapie.info/NAIS.

Neubert, C., Rüffer, N. & Zeh-Hau, M. (1995). *Neurolinguïstische afasietherapie, lexicaal-semanticke stoornissen*. Nederlandse vertaling door J. Oskamp & D. Weber. Hofheim: NAT Verlag.

Prinsen-Koolhaas, M., Rozemeijer, M.E.T., van Velthoven, M.E., van der Waal-Meijer, L.N.R., & Wielaert, S.M. (2008). Computer ondersteunde communicatie bij patiënten met een ernstige afasie: Zin of onzin? *Logopedie en Foniatrie*, 11, 360-365.

Rao, P.R. (1995). Drawing and gesture as communication options in a person with severe aphasia. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 2(1), 49-56.

Robert, E. & Willemarck, N. (2003). Tekentherapie bij een cliënt met een zuiver globale afasie. In S.M. Wielaert & P.E.G. Berns (Eds.), *Status afasietherapie: Gevalsbeschrijvingen uit de klinische praktijk* (pp. 215-228). Lisse: Swets & Zeitlinger.

Robertson, I.H. & Heutink, J. Rehabilitation of unilateral neglect. In W.H.Brouwer, A.H. van Zomeren, I.J. Berg, J.M. Bouma, & E.H.F. de Haan (Eds.) *Neuropsychological rehabilitation: A cognitive approach*. Amsterdam: Boom (2002)

Ruiter, M., Kolk, H., & Rietveld, A.C.M. (2010). Speaking in ellipses: The effect of a compensatory style of speech on functional communication in chronic agrammatism. *Neuropsychological Rehabilitation*, 20(3), 423-458. doi:10.1080/09602010903399287.

Sacchett, C., Byng, S., Marshall, J., & Pound, C. (1999). Drawing together: Evaluation of a therapy programme for severe aphasia. *Journal of Language & Communication Disorders*, 34(3), 265-289.

Schram, M. (2003). Functionele therapie in de praktijk. In S.M. Wielaert & P.E.G. Berns (Eds.), *Status afasietherapie: Gevalsbeschrijvingen uit de klinische praktijk* (pp. 151-166). Lisse: Swets & Zeitlinger.

Sevat, R.G. & Heesbeen, I.M.E. (2000). Nazorg: Ervaringen vanuit een praktijkgerichte behandeling. In H.F.M. Peters, R. Bastiaanse, J. van Borsel, P.H.O. Dejonckere, K. Jansonijs-Schultheiss, S.J. van der Meulen & B.J.E. Monderlaers (Eds.), *Handboek stem-spraak- taalpathologie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Sevat, R.G. & Heesbeen, I.M.E. (2001). *Handleiding Behoeften-Inventarisatie en Probleem-Analyse van Communicatieve activiteiten (BIPAC)*. Amersfoort: Verpleeg- en reactiveringscentrum Birkhoven

Sevat, R.G. & Heesbeen, I.M.E. (2003). Van therapiesituatie naar praktijksituatie: Werkwijze in het Trainingscentrum voor mensen met afasie (pp. 179-197). In S.M. Wielaert & P.E.G. Berns (Eds.), *Status Afasietherapie: Gevalsbeschrijvingen uit de klinische praktijk*. Lisse: Swets & Zeitlinger B.V

Simmons-Mackie, N., Raymer, A., Armstrong, E., Holland, A., & Cherney, L.R. (2010). Communication partner training in aphasia: a systematic review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 91, 1814-1837.

Tucker, F.M., Edwards, D.F., Mathews, L.K., Baum, C.M., & Connor, L.T. (2012). Modifying health outcome measures for people with aphasia. *American Journal of Occupational Therapy*, 66, 42-50. doi:10.5014/ajot.2012.001255.

Van de Sandt-Koenderman, M.E.W., Wielaert, S.M., Wiegers, J., Duivenvoorden, H.J., & Ribbers, G.M. (2007). High-tech AAC and severe aphasia: Candidacy for TouchSpeak (TS). *Aphasiology*, 21(5), 459-474.

Van de Sandt-Koenderman, M. (2011). Aphasia rehabilitation and the role of computer technology: Can we keep up the modern times? *International Journal of Speech-Language Pathology*, 13(1), 21-27. doi: 10.3109/17549507.2010.502973.

Van der Gaag, A., Smith, L., Davis, S., Moss, B., Cornelius, V., Laing, S., & Mowles, C. (2005). Therapy and support services for people with long-term stroke and aphasia and their relatives: a six-month follow-up study. *Clinical Rehabilitation*, 19, 372-380. doi:10.1191/0269215505cr785oa.

Van der Meulen, I., Gelder-Houthuizen, J., Wiegers, J., Wielaert, S., & Van de Sandt-Koenderman, M. (2008). *Handleiding Scenario Test: Verbale en non-verbale communicatie afasie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Van Heugten, C., Groet, E., & Stolker, D. (2003). Cognitieve, emotionele en gedragsmatige gevolgen na een beroerte: Evidence-based richtlijnen voor revalidatie. *Neuropraxis*, 7(5), 129-139.

Van Rijn, M., Booy, L., & Visch-Brink, E. (2004). *FIKS: Een fonologisch oefenprogramma*. Amsterdam: Pearson.

Van Zomeren, A.H. & Eling, P.A.T.M. (2006). Aandacht en executieve functies. In B.G. Deelman, P.A.T.M. Eling, E.H.F. de Haan, & A.H. van Zomeren (Eds.), *Klinische neuropsychologie* (pp. 214-238). Amsterdam: Boom.

Verschaeve, M.A.H. (2003). Non-verbale therapie. In H.F.M. Peters, R. Bastiaanse, J. van Borsel, P.H.O. Dejonckere, K. Jansonius-Schultheiss, S.J. van der Meulen & B.J.E. Monderlaers (Eds.), *Handboek stem- spraak- taalpathologie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Visch-Brink, E.G. & Bajema, I.M. (2001). *BOX: Een semantisch therapieprogramma*. Amsterdam: Pearson.

Visch-Brink, E. & Wielaert, S. (2005). Stoornisgerichte en/of functionele therapie voor gestoorde functies bij een verworven afasie? *Stem-, Spraak- en Taalpathologie*, 3, 153-172.

Wiegers, J.J. & Sibon, M. (2003). Communicatietraining: De regie aan de patiënt. In S.M. Wielaert & P.E.G. Berns (Eds.), *Status afasietherapie: Gevalsbeschrijvingen uit de klinische praktijk*. (pp. 243-256). Lisse: Swets & Zeitlinger.

Wielaert, S.M. & Berns, P.E.G. (2003). Inleiding tot status afasietherapie. In S.M. Wielaert & P.E.G. Berns (Eds.), *Status afasietherapie: Gevalsbeschrijvingen uit de klinische praktijk*. (pp. 9-18). Lisse: Swets & Zeitlinger.

Wilkinson. R., Lock. S., Bryan. K., & Sage. K. (2011). Interaction-focused intervention for acquired language disorders: Facilitating mutual adaptation in couples where one partner has aphasia. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 13(1), 74 – 87. doi:10.3109/17549507.2011.551140.

Worrall, L. (1995). The functional communication perspective. In C. Code & D. Muller (Eds.), *Treatment of aphasia: from theory to practice* (pp. 47-69). London: Whurr Publishers.

Worrall, L. & Yiu, E. (2000). Effectiveness of functional communication therapy by volunteers for people with aphasia following stroke. *Aphasiology*, 14(9), 911-924.

Zuijdendorp, F. (2012). Communicado [Mobiele software applicatie]. Verkregen via <http://itunes.apple.com/>

BIJLAGEN

BIJLAGE 1 AFKORTINGENLIJST	64
BIJLAGE 2 EVIDENTIE NIVEAU GEBRUIKTE LITERATUUR	66
BIJLAGE 3 BIJDRAGE IEDER PROJECTLID	68
BIJLAGE 4 CONTACT NAAR LOGOPEDISTEN	69
BIJLAGE 5 CONTACT NAAR EXPERTS	71
BIJLAGE 6 INTERVIEWVRAGEN VOOR EXPERTS	73
BIJLAGE 7 INTERVIEWVRAGEN VOOR LOGOPEDISTEN	78
BIJLAGE 8 TRANSCRIPTIE INTERVIEW MW. TOP-TERMAAT	83
BIJLAGE 9 TRANSCRIPTIE INTERVIEW MW. VAN DER KAADEN	101
BIJLAGE 10 TRANSCRIPTIE INTERVIEW MW. VERSCHAEVE	115
BIJLAGE 11 TRANSCRIPTIE INTERVIEW MW. WIELAERT	133
BIJLAGE 12 TRANSCRIPTIE INTERVIEW MW. DALEMANS	151
BIJLAGE 13 SAMENVATTINGEN LOGOPEDISTEN PER AFASIECENTRA	169
BIJLAGE 14 TEKENTHERAPIE VOLGENS SACCHETT ET AL. (1999)	192

BIJLAGE 1 AFKORTINGENLIJST

AAC	Augmentative and Alternative Communication
Apps	Applicaties
AVN	Afasie Vereniging Nederland
ANTAT	Amsterdam Nijmegen Test Alledaagse Taalvaardigheden
BEBA	Birkhovense Evaluatieschaal Behandeldoelen Afasie
BIPAC	Behoeften-Inventarisatie en Probleem-Analyse van Communicatieve activiteiten
CIQ	Community Integration Questionnaire
CDP	Communication Disability Profile
CVA	Cerebro Vasculair Accident
CVI	Communicatieve Vaardigheids Index
ETCB	Evaluatie van Therapie van Communicatieve Behoefte
FCTP	Functional Communication Therapy Planner
GeST	Gesture Therapy
ICB	Instrument ter bepaling van Communicatieve Behoeften
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
MPT	Matching Person and Technology
NAIS	NVAT Afasie Interventie Schema
NAT	Neurolinguïstische Afasietherapie
NT2	Nederlands als tweede taal
NVAT	Nederlandse Vereniging Afasie Therapeuten
PACE	Promoting the Aphasic's Communicative Effectiveness
PACT	Partners van Afasiepatienten Conversatie Training
PCAD	Portable Communication Assistent for People with Dysphasia
PDA	Personal Digital Assistent
REST	Reduced Syntax Therapy
RPS	Rehabilitation Problem Solving

SCA	Supported Conversation for Adults with Aphasia
SMART	Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdgebonden
TS	TouchSpeak
VAT	Visual Action Therapy
WHO	World Health Organization

BIJLAGE 2 EVIDENTIE NIVEAU GEBRUIKTE LITERATUUR

Beeson & Ramage (2000)	C
Berns (2002)	D
Berns & Wieleaert (2003)	D
Bernstein-Ellis & Elman (2007)	D
Beurskens et al. (2008)	D
Brandenburg et al. (2013)	A1
Cherney & Robey (2008)	D
Chrispijn (2003)	D
Chue et al. (2010)	C
Commissie CVA-Revalidatie, 2001	A
Dalemans et al. (2007)	C
Daumüller & Goldenberg (2010)	B
Davis (2005)	D
Elman (2007a)	D
Elman (2007b)	D
Elman & Bernstein-Ellis (1999)	B
Garrett & Beukelman (1995)	C
Garrett & Pimentel (2007)	D
Goos et al. (1999)	D
Heintjes (2003)	C
Helm-Estabrooks (2002)	D
Hersh et al. (2012)	C
Hesketh & Hopcutt (1997)	C
Hinckley & Packard (2001)	B
Hopper & Holland (1998)	C
Janssen (2003)	C
Jacobs et al. (2004)	A1
Johnson et al. (2008)	C
Kagan et al. (2001)	A2
Lacroix et al. (2010)	D
Leipoldt et al. (2005)	D
Leśniak et al. (2008)	C
Nobis-Bosch et al. (2011)	A2
NVAT (2012)	D
Prinsen-Koolhaas et al. (2008)	C
Rao (1995)	C
Robert & Willemarck (2003)	C
Ruiter et al. (2010)	C
Sacchett et al. (1999)	C
Schram (2003)	C
Sevat & Heesbeen (2000)	D
Sevat & Heesbeen (2003)	C
Simmons-Mackie et al. (2010)	A1
Tucker et al. (2012)	C

Van de Sandt-Koenderman et al. (2007)	C
Van de Sandt-Koenderman (2011)	D
Van der Gaag et al. (2005)	C
Van Heugten et al. (2003)	A1
Van Zomeren et al. (2006)	D
Verschaeve (2003)	D
Visch-Brink & Wielaert (2005)	D
Wiegers & Sibon (2003)	C
Wilkinson et al. (2011)	C
Worrall (1995)	D
Worrall & Yiu (2000)	B

BIJLAGE 3 BIJDRAGE IEDER PROJECTLID

Hoofdstuk	Namen
Inleiding	Allen
Methode	Allen
Kenmerken van de cliënt	Aukje, Wencke & Nicole
Inventarisatie hulpvraag en opstellen doelen	Aukje
Individuele therapieën	Nicole
Hulpmiddelen	Myriam
Groepstherapie	Wencke
Omgeving	Myriam
Evaluatie	Wencke
Generalisatie	Wencke
Computertechnologie	Nicole
Conclusie	Allen
Discussie	Allen
Aanbevelingen	Allen

BIJLAGE 4 CONTACT NAAR EXPERTS

Geachte mw. dr(s),

In het kader van ons afstudeerproject 'functioneel-gerichte therapie bij afasie' aan de Hogeschool Utrecht zijn wij op zoek naar deskundigen op het gebied van functionele afasietherapie. In ons afstudeerproject worden wij begeleid door mw. drs. M. Veldkamp en mw. drs. L. van Ewijk.

Het doel van ons afstudeerproject is om logopedisten meer handvatten te geven voor het opstarten en uitvoeren van een functioneel behandeltraject door het ontwikkelen van therapiestrategieën. Dit doel willen wij bereiken middels een literatuuronderzoek en een inventarisatie in het werkveld.

Wij hopen dat uw expertise op dit gebied ons meer informatie kan geven over de huidige situatie van functionele afasietherapie. Naar aanleiding van een literatuurstudie zijn er vragen ontstaan die wij graag aan u zouden willen voorleggen. Daarnaast zijn we geïnteresseerd in uw visie op de ideale invulling van functionele afasietherapie.

Wij willen u graag interviewen en hopen dat u hiervoor in de gelegenheid bent.

In de bijlage vindt u een brief met meer achtergrondinformatie. Als u nog vragen heeft kunt u contact opnemen met Aukje Riphagen: aukje.riphagen@student.hu.nl (0644914653).

Wij kijken uit naar uw reactie en maken graag zo snel mogelijk een afspraak met u.

Alvast bedankt voor uw reactie.

Met vriendelijke groet,

Aukje Riphagen
Wencke Dirksen
Nicole ter Wal
Myriam van der Lugt

Utrecht, april 2013



Betreft: interview afstudeerproject

Geachte mw. dr(s) ,

Met deze brief willen we u meer achtergrondinformatie geven over de inhoud van ons afstudeerproject.

In de literatuur staat beschreven dat functionele therapie er voor iedere cliënt anders uit ziet, gezien iedere cliënt andere communicatiebehoeften heeft (Visch-Brink & Wielaert, 2005; Sevat & Heesbeen, 2000; Worrall et al., 2011; Berns; 2002). Gestructureerd behandel materiaal ontwikkelen dat voor iedere cliënt gebruikt kan worden, is niet mogelijk. Dit heeft ons doen besluiten strategieën te ontwikkelen om logopedisten meer handvatten te geven in het opstarten en uitvoeren van een functioneel behandeltraject.

In dit project onderzoeken wij de huidige situatie van functionele therapie middels een literatuuronderzoek en kwalitatief onderzoek. Voortkomend uit ons literatuuronderzoek hebben wij vragen opgesteld voor kwalitatief onderzoek. Ons kwalitatief onderzoek zal bestaan uit interviews met deskundigen die veel ervaring en kennis hebben op het gebied van functionele afasietherapie. De uitkomsten van de interviews zullen een aanvulling zijn op de literatuurstudie. De intentie van dit project is om op basis van literatuur en uw mening behandel mogelijkheden te optimaliseren.

Wij zouden het zeer op prijs stellen als u mee wilt werken aan ons afstudeerproject.

Met vriendelijke groet,

Aukje Riphagen
Wencke Dirksen
Nicole ter Wal
Myriam van der Lugt

BIJLAGE 5 CONTACT NAAR LOGOPEDISTEN

Geachte heer, mevrouw,

In het kader van ons afstudeerproject 'functioneel-gerichte therapie bij afasie' aan de Hogeschool Utrecht zijn wij op zoek naar deskundigen op het gebied van functionele afasietherapie.

In ons afstudeerproject worden wij begeleid door mw. drs. M. Veldkamp en mw. drs. L. van Ewijk.

Het doel van ons afstudeerproject is om logopedisten meer handvatten te geven voor het opstarten en uitvoeren van een functioneel behandeltraject door het ontwikkelen van therapiestrategieën. Dit doel willen wij bereiken middels een literatuuronderzoek en inventarisatie in het werkveld.

Wij hopen dat uw ervaring op dit gebied ons meer informatie kan geven over de huidige situatie van functionele afasietherapie. Naar aanleiding van een literatuurstudie zijn er vragen ontstaan die wij graag aan u zouden willen voorleggen. Daarnaast zijn we geïnteresseerd in de invulling van uw functioneel behandeltraject.

Wij willen u graag interviewen en hopen dat u hiervoor in de gelegenheid bent.

In de bijlage vindt u een brief met meer achtergrondinformatie. Als u nog vragen heeft kunt u contact opnemen met Aukje Riphagen: aukje.riphagen@student.hu.nl (0644914653).

Wij kijken uit naar uw reactie en maken graag zo snel mogelijk een afspraak met u.

Alvast bedankt voor uw reactie.

Met vriendelijke groet,

Aukje Riphagen
Wencke Dirksen
Nicole ter Wal
Myriam van der Lugt

Utrecht, april 2013



Betreft: interview afstudeerproject

Geachte heer, mevrouw,

Met deze brief willen we u meer achtergrondinformatie geven over de inhoud van ons afstudeerproject.

In de literatuur staat beschreven dat functionele therapie er voor iedere cliënt anders uit ziet, gezien iedere cliënt andere communicatiebehoeften heeft (Visch-Brink & Wielaert, 2005; Sevat & Heesbeen, 2000; Worrall et al., 2011; Berns; 2002). Gestructureerd behandel materiaal ontwikkelen dat voor iedere cliënt gebruikt kan worden, is niet mogelijk. Dit heeft ons doen besluiten strategieën te ontwikkelen om logopedisten meer handvatten te geven in het opstarten en uitvoeren van een functioneel behandeltraject.

In dit project onderzoeken wij de huidige situatie van functionele therapie middels een literatuuronderzoek en kwalitatief onderzoek. Ons kwalitatief onderzoek zal bestaan uit interviews met logopedisten die veel ervaring hebben op het gebied van functionele afasietherapie. Wij willen graag inventariseren hoe de behandeling nu ingevuld wordt en wat logopedisten eventueel nog nodig hebben om dit te kunnen optimaliseren. De uitkomsten van de interviews zullen een aanvulling zijn op de literatuurstudie. De intentie van dit project is om op basis van literatuur en uw mening behandelmogelijkheden te optimaliseren.

Wij zouden het zeer op prijs stellen als u mee wilt werken aan ons onderzoeksproject.

Met vriendelijke groet,

Aukje Riphagen
Wencke Dirksen
Nicole ter Wal
Myriam van der Lugt

BIJLAGE 6 INTERVIEW VRAGEN VOOR EXPERTS

Introductie afstudeerproject (vertellen wie we zijn, wat we doen, waarom we het interview afnemen en waar we het over willen hebben)

In het artikel van Visch-Brink & Wielaert (2005) wordt gezegd dat de doelstelling van afasietherapie altijd functioneel is. Het gaat namelijk om het verbeteren van de communicatie in de context van het dagelijks leven. Dit houdt niet vanzelfsprekend in dat de therapie ook functioneel moet zijn. Het behandelen van de stoornis kan woordvindingsproblemen verminderen met een directe invloed op de communicatie; minder semantische en/of fonematische parafasieën verhoogt de kwaliteit van de informatieoverdracht.

Volgens Aten et al. (1994; besproken in Berns, 2002) is slechts per individu vast te stellen wat functionele communicatie is; voor de ene persoon houdt het niet veel meer in dan aan het verplegend personeel duidelijk kunnen maken dat de rolstoel van het bed naar de tv-ruimte moet worden gereden, voor de ander betekent het uiting kunnen geven aan gevoelens van onmacht wegens het verlies van het werk als gevolg van de ziekte.

Worrall (1999; besproken in Wielaert & Berns, 2003) beschrijft een aantal kenmerken over de functionele communicatietherapie.

- *Wat er gebeurt in de therapie moet een directe relatie hebben met het doel van de cliënt en de gesprekspartner;*
- *Het oefenmateriaal en de oefensituaties moeten zoveel mogelijk uit de omgeving van de cliënt komen;*
- *Wat er gebeurt in de therapie moet worden afgestemd op voorkeuren en sterke en zwakke punten van de cliënt;*
- *Elk communicatiemiddel of omgevingsaanpassing die bij de cliënt werkt, moet worden gebruikt;*
- *De cliënt moet in staat worden gesteld zo onafhankelijk mogelijk toegang te krijgen tot diensten en informatie.*

Hoe zou u de term functionele afasietherapie in één zin definiëren?

Stoornisgerichte therapie wordt veelal toegepast in de acute fase en revalidatiefase na een beroerte. Als er op stoornisniveau nog weinig te behalen valt, wordt er een overgang gemaakt naar functionele therapie. Het hangt erg van de ernst van de afasie af wanneer dit gebeurt. Bij een cliënt met een ernstige globale afasie zal de overgang naar functionele therapie waarschijnlijk eerder plaatsvinden dan bij een cliënt met een lichte afasie. De scheidslijn tussen stoornisgerichte en functionele therapie is niet altijd duidelijk. Het gaat er bij beide therapievormen om dat het effect heeft op het dagelijks communiceren (Wielaert & Berns, 2003).

Onderbouwen uit eigen ervaring

In welk stadium zet u functionele therapie in?

Casus mevrouw Bloem

Kunt u aan de hand van deze casus vertellen welke vragen er bij u opkomen? Kunt u uw denkproces van het begin tot het eind van de behandeling vertellen?

Persoonlijk

Naam: Mevrouw Bloem

Leeftijd: 67 jaar

Maanden post onset: 7 maanden

Mevrouw Bloem had een actief leven. Ze paste 1 dag per week op haar kleinkinderen en daarnaast werkte ze twee dagen vrijwillig als activiteitenbegeleider in het plaatselijke verzorgingstehuis.

Afasie

Mevrouw heeft een amnestische afasie met vrij ernstige woordvindingsproblemen en daarnaast moeite met het formuleren van zinnen. Mevrouw gebruikt semantische parafasieën die ze af en toe zelf opmerkt. Ze kan zichzelf hierin niet goed corrigeren. Mevrouw begrijpt wat er tegen haar gezegd wordt in een 1 op 1 situatie. Een opdracht die auditief aangeboden wordt, wordt door haar niet altijd goed uitgevoerd. Dit komt omdat ze de informatie snel vergeet.

In het schrijven komen dezelfde problemen voor als in het spreken. Mevrouw hield erg van schrijven, maar is door haar afasie het plezier in het schrijven deels verloren. Mevrouw had veel mail contact met dochter Ria die in Australië woont. Dit zou ze graag weer willen leren. Het begrijpend lezen gaat op zinsniveau goed. Ook korte teksten begrijpt mevrouw goed. Zodra de tekst langer wordt is mevrouw de informatie aan het eind deels vergeten.

Mobiliteit

Geen bijzonderheden

Cognitieve problemen

De communicatieproblemen worden versterkt door lichte geheugenproblemen. Mevrouw is redelijk snel afgeleid en heeft last van dwang lachen en dwang huilen.

Omgeving

Mevrouw heeft een zeer betrokken partner die sinds 2 jaar met pensioen is. Dhr. is zeer behulpzaam met betrekking tot de communicatieproblemen van mevrouw. Tijdens de therapie vult hij haar antwoorden in, waardoor de behandeling af en toe stagneert. Mevrouw heeft 2 dochters waarvan 1 in Australië woont en de ander regelmatig op bezoek komt. Mevrouw heeft 3 kleinkinderen waar ze 1 dag per week voor zorgde.

Hulpvragen:

- Ik wil het mailcontact met mijn dochter in Australië weer oppakken.
- Ik wil mijn vrijwilligerswerk weer kunnen uitvoeren (eventueel minder uren en aangepaste werkzaamheden)

Het instrument dat op dit moment het best gebruikt kan worden voor het inventariseren van de hulpvraag is de BIPAC (Sevat & Heesbeen, 2000) maar ook met dit instrument bevat niet alle hulpvragen. Daarnaast zegt Worrall (1999; besproken in Visch-Brink & Wielaert, 2005) dat de hulpvraag in samenspraak met de cliënt wordt opgesteld. Dit zal ook niet altijd mogelijk zijn.

Wat is volgens u de ideale manier om de hulpvraag te inventariseren?

Uit de literatuur blijkt dat de therapiedoelen die de logopedist opstelt vaak niet overeen komen met de doelen van de cliënt zelf. (Parr, 2007; Parr, Byng, Gilpin, & Ireland, 1997; besproken in Chue, Rose & Swinburn, 2010).

Er lijkt een 'gat' te zijn, waardoor er geen goede therapiedoelen opgesteld worden waar de therapeut en de cliënt achter staan.

Waar denkt u dat dit mis gaat en hoe zou dit opgelost kunnen worden?

In de literatuur wordt veel geschreven over PACE methode en veel therapievormen zijn gebaseerd op deze methode. We zijn benieuwd naar uw visie op deze werkwijze, omdat veel therapievormen gebaseerd zijn hierop ondanks dat de PACE vrij verouderd is en het effect hiervan nooit onderzocht is (1985).

Wat is uw visie op deze PACE-methode?

In de literatuur staat beschreven dat het betrekken van de omgeving van de cliënt een belangrijke rol heeft in de functionele afasietherapie (Holland & Shigaki, 1998; Togher et al. 2004; Simmons-Mackie et al., 2010; NVAT 2012).

Hoe zou de omgeving betrokken moeten zijn bij de therapie?

Volgens Murphy et al. (1996; besproken in Heintjes, 2003) worden communicatiehulpmiddelen in de dagelijkse communicatie relatief weinig gebruikt door cliënten. Dit komt doordat het vrij veel tijd in beslag om de boodschap over te brengen (Van de Sandt-Koenderman, 2011).

Wat zou volgens u de reden kunnen zijn waardoor?

Rangschikt u de verschillende types afasie in één groep? Elman & Bernstein-Ellis (2007) geven aan dat beide werkwijzen mogelijk zijn, maar wat is volgens u ideaal?

Wat is uw visie op een samenstelling van een groep?

Stel dat een cliënt een hulpvraag heeft die niet voorkomt in de situaties van verschillende meetinstrumenten, bijvoorbeeld de BEBA of de ICB.

Hoe evalueert u de hulpvraag dan? Op welke wijze/met welke instrumenten evalueert u de hulpvraag van de cliënt?

Sevat & Heesbeen (2000) geven aan dat de uitkomsten van de functionele afasietherapie in directe relatie staat met een verbetering van kwaliteit van leven. Er zijn Engelstalige instrumenten die dit meten, maar deze worden niet in Nederland gebruikt.

Hoe wordt de kwaliteit van leven gemeten in Nederland?

Uit recente literatuur blijkt dat de transfer van de therapiesituatie naar het dagelijks leven gestimuleerd kan worden door met de cliënt systematisch (oefenen van basisvoorwaarden, oefenen in de therapiekamer, begeleid oefenen in de praktijk, zelfstandig oefenen in de praktijk) in verschillende natuurgetrouwe situaties te oefenen (Hopper & Holland, 1998; Worrall, 1995; Worrall, 1999; allen besproken in Sevat & Heesbeen, 2000).

In hoeverre bent u moet de logopedist volgens u betrokken zijn bij de generalisatie naar het dagelijks leven?

Het oefenen van de strategieën (alles wat geleerd wordt in de functionele therapie) in de praktijk is essentieel voor het slagen van de behandeling (Johanssen et al., 2012). Er wordt niet vermeld wat communicatie strategieën zijn, omdat deze voor iedereen anders zijn. Er blijkt dus uit literatuur dat er te weinig mogelijkheden zijn om te kunnen oefenen in de praktijk (Goos et al., 1999). Terwijl dit wel bijdraagt aan positieve uitkomst.

Wat maakt het dat dit nauwelijks gebeurt in Nederland?

Wat is er nodig om dit wel te kunnen nastreven?

Stoornissen op het gebied van cognitie, emotie en gedrag kunnen een negatieve invloed hebben op de functionele afasietherapie (Commissie CVA-Revalidatie, 2001)

Wat zijn volgens u stoornissen op het gebied van cognitie, emotie en gedrag die een negatieve invloed hebben op de therapie?

Zijn er wat u betreft contra-indicaties voor functionele therapie? Wat is de voornaamste oorzaak voor het niet slagen van functionele therapie?

Van de Sandt-Koenderman (2011) schrijft dat in de toekomst de computertechnologie gedeeltelijk de behandeling zal overnemen en de logopedist alleen nog maar een coachende rol zal hebben.

Welke ideeën heeft u hierover?

Algemene vragen

Welke functionele hulpvragen komt u met enige regelmaat tegen? (Kunt u hiervan een top 5 maken?)

Wat denkt u dat er nog nodig is om functionele afasietherapie efficiënter te maken (zowel voor diagnostiek, therapie en/of evaluatie)?

Kunt u vertellen wat u voor de functionele afasietherapie heeft betekend? *(Dit zoeken we van te voren uit, zodat we een gerichte vraag kunnen stellen).*

Wat spreekt u zo aan in functionele afasietherapie? Waarom heeft u ervoor gekozen iets met functionele afasietherapie te gaan doen?

Zijn onderzoekers op dit moment bezig met een ontwikkeling in de functionele afasietherapie?

Waar bevindt zich het 'gat'? Waar is volgens u nog te weinig over geschreven/bekend?

BIJLAGE 7 INTERVIEW VRAGEN VOOR LOGOPEDISTEN

Introductie afstudeerproject (vertellen wie we zijn, wat we doen, waarom we het interview afnemen en waar we het over willen hebben)

In het artikel van Visch-Brink & Wielaert (2005) wordt gezegd dat de doelstelling van afasietherapie altijd functioneel is. Het gaat namelijk om het verbeteren van de communicatie in de context van het dagelijks leven. Dit houdt niet vanzelfsprekend in dat de therapie ook functioneel moet zijn. Het behandelen van de stoornis kan woordvindingsproblemen verminderen met een directe invloed op de communicatie; minder semantische en/of fonematische parafasieën verhoogt de kwaliteit van de informatieoverdracht.

Volgens Aten et al. (1994 besproken in Berns, 2002) is slechts per individu vast te stellen wat functionele communicatie is; voor de ene persoon houdt het niet veel meer in dan aan het verplegend personeel duidelijk kunnen maken dat de rolstoel van het bed naar de tv-ruimte moet worden gereden, voor de ander betekent het uiting kunnen geven aan gevoelens van onmacht wegens het verlies van het werk als gevolg van de ziekte.

Worrall (1999; besproken in Wielaert & Berns, 2003) beschrijft een aantal kenmerken over de functionele communicatietherapie.

- *Wat er gebeurt in de therapie moet een directe relatie hebben met het doel van de cliënt en de gesprekspartner;*
- *Het oefenmateriaal en de oefensituaties moeten zoveel mogelijk uit de omgeving van de cliënt komen;*
- *Wat er gebeurt in de therapie moet worden afgestemd op voorkeuren en sterke en zwakke punten van de cliënt;*
- *Elk communicatiemiddel of omgevingsaanpassing die bij de cliënt werkt, moet worden gebruikt;*
- *De cliënt moet in staat worden gesteld zo onafhankelijk mogelijk toegang te krijgen tot diensten en informatie.*

Hoe zou u de term functionele afasietherapie in één zin definiëren?

Stoornisgerichte therapie wordt veelal toegepast in de acute fase en revalidatiefase na een beroerte. Als er op stoornisniveau nog weinig te behalen valt, wordt er een overgang gemaakt naar functionele therapie. Het hangt erg van de ernst van de afasie af wanneer dit gebeurt. Bij een cliënt met een ernstige globale afasie zal de overgang naar functionele therapie waarschijnlijk eerder plaatsvinden dan bij een cliënt met een lichte afasie. De scheidslijn tussen stoornisgerichte en functionele therapie is niet altijd duidelijk. Het gaat er bij beide therapievormen om dat het effect heeft op het dagelijks communiceren (Wielaert & Berns, 2003).

Onderbouwen uit eigen ervaring

In welk stadium zet u functionele therapie in?

Casus mevrouw Bloem

Kunt u aan de hand van deze casus vertellen wat er meteen in u opkomt?

Kunt u uw denkproces van begin tot eind van de behandeling vertellen?

Persoonlijk

Naam: Mevrouw Bloem

Leeftijd: 67 jaar

Maanden post onset: 7 maanden

Mevrouw Bloem had een actief leven. Ze paste 1 dag per week op haar kleinkinderen en daarnaast werkte ze twee dagen vrijwillig als activiteitenbegeleider in het plaatselijke verzorgingstehuis.

Afasie

Mevrouw heeft een amnestische afasie met vrij ernstige woordvindingsproblemen en daarnaast moeite met het formuleren van zinnen. Mevrouw gebruikt semantische parafasieën die ze af en toe zelf opmerkt. Ze kan zichzelf hierin niet goed corrigeren. Mevrouw begrijpt wat er tegen haar gezegd wordt in een 1 op 1 situatie. Een opdracht die auditief aangeboden wordt, wordt door haar niet altijd goed uitgevoerd. Dit komt omdat ze de informatie snel vergeet.

In het schrijven komen dezelfde problemen voor als in het spreken. Mevrouw hield erg van schrijven, maar is door haar afasie het plezier in het schrijven deels verloren. Mevrouw had veel mail contact met dochter Ria die in Australië woont. Dit zou ze graag weer willen leren. Het begrijpend lezen gaat op zinsniveau goed. Ook korte teksten begrijpt mevrouw goed. Zodra de tekst langer wordt is mevrouw de informatie aan het eind deels vergeten.

Mobiliteit

Geen bijzonderheden

Cognitieve problemen

De communicatieproblemen worden versterkt door lichte geheugenproblemen. Mevrouw is redelijk snel afgeleid en heeft last van dwang lachen en dwang huilen.

Omgeving

Mevrouw heeft een zeer betrokken partner die sinds 2 jaar met pensioen is. Dhr. is zeer behulpzaam met betrekking tot de communicatieproblemen van mevrouw. Tijdens de therapie vult hij haar antwoorden in, waardoor de behandeling af en toe stagneert. Mevrouw heeft 2 dochters waarvan 1 in Australië woont en de ander regelmatig op bezoek komt. Mevrouw heeft 3 kleinkinderen waar ze 1 dag per week voor zorgde.

Hulpvragen:

- Ik wil het mailcontact met mijn dochter in Australië weer oppakken.
- Ik wil mijn vrijwilligerswerk weer kunnen uitvoeren (eventueel minder uren en aangepaste werkzaamheden)

Het instrument dat op dit moment het best gebruikt kan worden voor het inventariseren van de hulpvraag is de BIPAC (Sevat & Heesbeen, 2000) maar ook met dit instrument bevat niet alle hulpvragen. Daarnaast zegt Worrall (1999; besproken in Visch-Brink & Wielaert, 2005) dat de hulpvraag in samenspraak met de cliënt wordt opgesteld. Dit zal ook niet altijd mogelijk zijn.

Op welke wijzen/met welke instrumenten inventariseert u de hulpvraag van de cliënt?

Uit de literatuur blijkt dat de therapiedoelen die de logopedist opstelt vaak niet overeen komen met de doelen van de cliënt zelf. (Parr, 2007; Parr et al., 1997; besproken in Chue et al., 2010).

Er lijkt een 'gat' te zijn, waardoor er geen goede therapiedoelen opgesteld worden waar de therapeut en de cliënt achter staan.

Hoe stelt u de therapiedoelen op?

Wat is er nodig om dit te optimaliseren?

In de literatuur wordt veel geschreven over PACE methode en veel therapievormen zijn gebaseerd op deze methode. We zijn benieuwd naar uw visie op deze werkwijze, omdat veel therapievormen gebaseerd zijn hierop ondanks dat de PACE vrij verouderd is en het effect hiervan nooit onderzocht is (1985).

Gebruikt u een geschreven (PACE of andere vormen gebaseerd op PACE) therapiewijze (stappenplan) of gebruikt u iets wat u zelf bedacht heeft?

Wat heeft u nog nodig om dit te kunnen optimaliseren?

In de literatuur staat beschreven dat het betrekken van de omgeving van de cliënt een belangrijke rol heeft in de functionele afasietherapie (Holland & Shigaki, 1998; Togher et al. 2004; Simmons-Mackie et al., 2010; NVAT 2012).

Hoe betreft u de omgeving bij de therapie?

Volgens Murphy et al. (1996; besproken in Heintjes, 2003) worden communicatiehulpmiddelen in de dagelijkse communicatie relatief weinig gebruikt door cliënten.

Wat is uw ervaring hiermee?

Welke communicatiehulpmiddelen zet u het meeste in?

Bernstein-Ellis & Elman (2007), Dharmaperwira-Prins & Maas (1990; besproken in Leipoldt et al., 2005) geven aan dat een ideale groep bestaat uit tussen de 5 en 9 personen.

Wat denkt u dat de ideale samenstelling zal zijn van een groep? Uit hoeveel deelnemers bestaat de ideale groep?

Rangschikt u de verschillende types afasie in één groep? Elman & Bernstein-Ellis (2007) geven aan dat beide werkwijzen mogelijk zijn, maar wat is volgens u ideaal?

Waarop rangschikt u de cliënten? Leeftijd? Onderwijs? Interesses?

Stel dat een cliënt een hulpvraag heeft die niet voorkomt in de situaties van verschillende meetinstrumenten, zoals de BEBA of de ICB.

Hoe evalueert u de hulpvraag dan? Op welke wijze/met welke instrumenten evalueert u de hulpvraag van de cliënt?

Sevat & Heesbeen (2000) geven aan dat de uitkomsten van de functionele afasietherapie in directe relatie staat met een verbetering van kwaliteit van leven. Er zijn Engelstalige instrumenten die dit meten, maar deze worden niet in Nederland gebruikt.

Hoe wordt de kwaliteit van leven gemeten in Nederland?

Uit recente literatuur blijkt dat de transfer van de therapiesituatie naar het dagelijks leven gestimuleerd kan worden door met de cliënt systematisch (oefenen van basisvoorwaarden, oefenen in de therapiekamer, begeleid oefenen in de praktijk, zelfstandig oefenen in de praktijk) in verschillende natuurgetrouwe situaties te oefenen (Hopper & Holland, 1998; Worrall, 1995; Worrall, 1999; allen besproken in Sevat & Heesbeen, 2000).

In hoeverre bent u betrokken bij de generalisatie naar het dagelijks leven?

Het oefenen van de strategieën (alles wat geleerd wordt in de functionele therapie) in de praktijk is essentieel voor het slagen van de behandeling (Johanssen et al., 2012). Er wordt niet vermeld wat communicatie strategieën zijn, omdat deze voor iedereen anders zijn. Er blijkt dus uit literatuur dat er te weinig mogelijkheden zijn om te kunnen oefenen in de praktijk (Goos et al., 1999). Terwijl dit wel bijdraagt aan positieve uitkomst.

Wat maakt het dat dit nauwelijks gebeurt in Nederland?

Wat is er nodig om dit wel te kunnen nastreven?

Stoornissen op het gebied van cognitie, emotie en gedrag kunnen een negatieve invloed hebben op de functionele afasietherapie (Commissie CVA-Revalidatie, 2001)

Wat zijn volgens u stoornissen op het gebied van cognitie, emotie en gedrag die een negatieve invloed hebben op de therapie?

Gelden deze van de stoornisgerichte therapie ook voor de functionele therapie?

Van de Sandt-Koenderman (2011) schrijft dat in de toekomst computertechnologie gedeeltelijk de behandeling zal overnemen en de logopedist alleen nog maar een coachende rol zal hebben.

Welke ideeën heeft u hierover?

Algemene vragen

Welke functionele hulpvragen komt u met enige regelmaat tegen? (Kunt u hiervan een top 5 maken?)

Wat denkt u dat er nog nodig is om functionele afasietherapie efficiënter te maken (zowel voor diagnostiek, therapie en/of evaluatie)?

BIJLAGE 8 TRANSCRIPTIE INTERVIEW MW. TOP-TERMAAT

Aukje: Uhm Eigenlijk zijn we ook gewoon benieuwd hoe jij de functionele afasietherapie eigenlijk zou definiëren. Het liefst zo kort mogelijk, in uhm één zin of twee zinnen.

Mw. Top-Termaat: Ik wou net dezelfde vraag andersom stellen, maar goed je bent me voor.

Aukje: Oké, ja nou ja goed.

Mw. Top-Termaat: Ja, want wat is dan functionele afasietherapie, uhhmm daar is volgens mij ook nog niet echt consensus over.

Want ik zou ook zeggen op activiteiten en participatieniveau maar dan nog heb je best een vage term te pakken, want wat versta je daar dan onder. Uhh is eigenlijk, hoe zou ik het definiëren? Nou ja als ik echt een definitie moet geven, dan zou ik zeggen op activiteiten of participatie niveau. En als je dat dan wil gaan uitdiepen. Wat versta je daar nou onder, is oefenen met lezen dan functionele therapie? En waar begint het functionele therapie te worden en waar is het nog stoornis gericht? Ja, uhhh dat kan ik ook niet zo heel goed in een definitie gieten.

Myriam: Ja

Aukje: Nee, snap ik ja, dan toch op activiteiten en participatie, ja precies.

Myriam: Ja en wij hadden volgens mij zelf ook wel bedacht uhm dat het dan heel erg vanuit een hulpvraag. Toch? Dat hadden wij.

Aukje: Ja

Myriam: Als het echt vanuit een hulpvraag komt dat het dan ook nog wat functionelere, een functionele betekenis heeft.

Mw. Top-Termaat: Ja, en uhh eigenlijk ergens vind ik dat eigenlijk ook wel logisch, want functionele therapie is zo breed. Ja, dat kan je gewoon niet met iedereen, je kan niet met iedereen alles gaan zitten oefenen. Daarin moet je de hulpvraag gewoon als leidend beschouwen. Anders dan of je bent weet ik veel wat aan het doen terwijl je cliënt denkt, uhm ik weet het allemaal niet. Of er komt echt nooit een end aan.

Dus dat is een mooie aanvulling ja. De hulpvraag is gewoon m'n leidraad anders dan. Ja, ik kan wel steeds dingen aandragen, maar als iemand dat in zijn leven helemaal niet gebruikt, of niet nodig vind of hele andere interesses of prioriteiten legt. Ja, wie ben ik dan om te zeggen dit moet beter, ja dat gaan we dan dus niet doen. En dat is soms best moeilijk, uhh dat is best makkelijk gezegd, maar het is best het is best interessant vind ik zelf om te merken wat ik dus belangrijk vind dat bij sommige cliënten dat echt heel anders is. Dat ik heel bewust mijn eigen mening over wat hoort of wat je zou moeten, of hoe je in het leven moet staan, wat belangrijk is bij communicatie dat ik dat dan los moet laten. En echt uhhh mee gaan in als iemand zegt ja nee maar ik wil toch alleen maar lezen. Ja oké

Aukje: Echt heel persoonsgebonden.

Myriam: Ja dat is echt heel verschillend.

Mw. Top-Termaat: Daarin sowieso en eigenlijk in stoornis gerichte therapie ook eigenlijk niemand gelijk.

Myriam: Ja

Aukje: Ja

Mw. Top-Termaat: Maar helemaal op het vlak als je meer richting activiteiten en participatie komt, dan ben je echt zo'n maatwerk aan 't leveren. Dan zijn geen twee mensen gelijk. Ik heb denk ik nog nooit twee keer hetzelfde gedaan op dat gebied.

Aukje: Ja, duidelijk

Myriam: Ja

Aukje: Deze vraag sluit er op zich wel mooi bij aan, want uhhh ik welk in de literatuur wordt er dus ook verschillend over geschreven. Wanneer je nou eigenlijk die functionele therapie in welk stadium je dat nou eigenlijk inzet. Nou ja, uhhh je begint, dat lezen met stoornisgerichte therapie een paar maandjes en dan maak je die overgang, maar wat is volgens jouw ideaal?

Mw. Top-Termaat: Ja wat is ideaal? uhm ik ben zelf geneigd om langer dan in veel revalidatiecentra bijvoorbeeld gebruikelijk is toch nog stoornisgericht door te gaan afhankelijk van wat ook iemands hulpvraag is en als je uit de hertesten ziet dat er nog steeds vooruitgang is, zal ik niet snel zeggen na een paar maanden we gaan stoppen en we gaan alleen maar functionele therapie doen. Hoewel ik ook heel vaak, in een eerdere fase al. Ik heb er moeite mee, om alleen stoornisgericht te werken. Want iemand zit natuurlijk ook in zijn leven thuis dus is aan 't communiceren. Iedereen loopt dan tegen problemen op. Als iemand echt alleen maar wilt oefenen stoornis gericht. Ja, ik zie het dan ook als mijn taak om iemand handvatten mee te geven en de omgeving handvatten mee te geven zodat ook die communicatie al beter verloopt en dan kom je al een beetje richting compensatie en dan zit je ook al meer in functioneel, onderlinge communicatie verbeteren. Maar uhm nou was de laatste afasienet conferentie, ik weet niet of jullie daar waren? Daar was ook een praatje van een neuroloog die dus heel erg zei ja, uhh je moet in de acute fase waarbij je ook weer een hele discussie kan voeren over wat de acute fase is. Maar dan moet je niet gaan compenseren, want dan werk je de reorganisatie van het brein tegen. Dus je moet niet te snel gaan compenseren. Dus want als je in plaats van gesproken taal op gebaren gaat zitten zit je een heel andere hersengedeelte te stimuleren. Dus ja uhh wat is ideaal?

Aukje: Wat is voor jouw ideaal? Wat je net zei aan het begin, zo zou jij het aanpakken?

Mw. Top-Termaat: Ik blijf toch heel erg kijken naar wat ik zie. Wat zie ik tegenover me zitten, partners komen vaak mee, wat vertellen die, hoe gaat het thuis, zie ik veel misverstanden ontstaan. Dan ga ik daar toch wel aandacht aan besteden. Een beetje in de marge. Heel vaak merk ik ook dat ik soort van stoornis gerichte therapie eigenlijk gebruik als kapstok om een heleboel dingen te bespreken. Om het ook over verwerking te hebben. En maar goed als dit nou niet lukt, wat doe je dan? Dat je dan ook compensatie strategieën toch al bespreekt en mee geeft. Dan bespreek je toch eigenlijk van alles.

Myriam: Ja, dus wat die neuroloog zei dat neem je wel mee, maar dat je geeft er wel je eigen draai aan.

Mw. Top-Termaat: Ja, want hij had daar ook niet echt een antwoord op. Ik vind niet dat je mensen standaard mensen een half jaar niks aan totale communicatie kan doen, want er is nog reorganisatie mogelijk in het brein. Ja, uhh nou ja de nieuwste inzichten. Ja, dus wat is ideaal. Dus we hebben steeds meer informatie over plasticiteit over het dat brein, maar aan de andere kant heb je steeds meer ethische vraagstukken. Dus uhmmm we komen er ook steeds meer achter dat we heel veel niet weten, dus uiteindelijk kom ik steeds weer uit op maatwerk. Dus kijk ik wat uh wie zit er tegen over me. Hoe gaat ie om met z'n problemen, wat vindt iemand belangrijk, hoe staat ie, hoe staat ie in het leven. Hoe gaat hij om met de beperkingen die er nu zijn. En waar ligt dan de prioriteit.

Aukje: Misschien is het ook leuk om ook aan de hand van de casus, we hebben een casus die hebben we ook meegestuurd he?

Mw. Top-Termaat: Ik heb em nog niet gelezen.

Aukje: Dat maakt niet uit, maar als je dat zou willen doen?

Mw. Top-Termaat: Ja.

Mw. Top-Termaat: Ok

Aukje: Het is een casus aan de hand, uhh wel een soort van, gebaseerd op. Dat maakt verder ook niet zoveel uit. En onze vraag daar bij is....

Wat er eigenlijk bovenaan staat. Kunt u aan de hand van deze casus vertellen welke vragen er bij u opkomen? Dus eigenlijk uhmm welke alarmbellen gaan er rinkelen, nou ja wat eigenlijk uw denkproces als je deze casus leest.

Waarschijnlijk ... uh we zijn eigenlijk gewoon benieuwd

Mw. Top-Termaat: Nou ja wat mij opvalt aan haar hulpvraag is dat ze uh de lat best hoog legt, ze wil veel weer bereiken. Ook een mooi concrete doelen. Heel vaak merk ik dat mensen ja uhh nog eigenlijk heel erg bezig zijn met ik wil weer praten dat ze niet verder komen dan dat, dus dit, ik vind dit hulpvragen waar ik zeker wat mee zou kunnen. Ik wil weer emailen met mijn dochter in Australië nou dat is prachtig, dan kun je dat heel mooi inventariseren. Ik wil mijn vrijwilligers werk weer kunnen uitvoeren ook, dan ga je kijken wat doe je nou. Dus daar zou ik wel wat mee kunnen, dan denk ik ja, dan heb ik een mooie kapstok om mijn therapie aan op te hangen. Even denken, zijn er alarm bellen?

Uhm, er zijn eigenlijk niet zo veel alarm bellen. Dit zou echt een casus kunnen zijn die daadwerkelijk voor komt. Het zijn wel een boel, een boel factoren die allemaal mee spelen. Omgeving, een partner, die dus af en toe invult en dat is soms handig en soms misschien niet, dat is iets wat ook aanbod moet komen. Hij wil heel graag helpen, maar werkt soms averechts, tenminste zo lees ik dat.

Myriam: Ja

Mw. Top-Termaat: Eén kind komt regelmatig op bezoek. En één woont heel ver weg, hmm dat is natuurlijk heel onhandig. Dus dat zou, dat betekent dan dat communicatie adviezen veranderen, want als je alleen per telefoon of per mail kan communiceren, moet je toch

andere adviezen geven dan als iemand regelmatig op bezoek komt. Zorg voor kleinkinderen, als ze haar rol als oma wil blijven houden dat is natuurlijk ook uitdagend. Ja, oké hoe gaat dat dan? Uhm Wat gaat er niet meer en hoe gaat dat wel en hoe kun je kinderen dan informeren over.

Aukje: Ja

Mw. Top-Termaat: Dus dat soort dingen bedenk ik allemaal als ik dit lees.

Myriam: Oké

Mw. Top-Termaat: En over die activiteiten begeleiden, dan zou ik eens contact willen hebben met het verzorgingstehuis, wat deed ze nou precies, hoe zien zij dat voor zich en hoe ziet mevrouw dat zelf. Veel factoren, en nog een heleboel te inventariseren, maar zeker hulpvragen waar ik iets mee zou kunnen.

Aukje: Ja

Mw. Top-Termaat: Dat ik denk, oh leuk!

Aukje: Veel factoren dus gericht op de omgeving van mevrouw, veel inventariseren. Wat bedoel je daar dan mee?

Mw. Top-Termaat: Nou uh, dat die hulpvraag die uhm daar komen heel veel deel-hulpvragen onder vandaan en dat bedoel ik met er is een heleboel te inventariseren. En in haar hulpvraag en ook in dat vrijwilligerswerk zal haar mondeling communicatie waarschijnlijk heel belangrijk zijn, dus dan komt dat ook aan bod, ze is cognitief niet optimaal dus ik zou dan daar nog even goed naar kijken. Zijn er recente gegevens, of is het handig om het afasieteam er bij te roepen om ook goede diagnostiek te hebben om vervolgens weer goede gerichte communicatieadviezen of adviezen in de omgang met die geheugen problemen. Beïnvloeden die geheugenproblemen haar leerbaarheid. Dat is belangrijk om te weten als ik of voordat ik met haar aan de slag ben dat zou ik allemaal willen weten

Myriam: Oké duidelijk

Aukje: En de afasie zelf, zijn daar nog...

Mw. Top-Termaat: Ze lijkt zich niet altijd bewust van fouten, soms wel, uhh maar dan kan ze zich niet goed corrigeren. Dat vind ik altijd belangrijk kan iemand, merkt iemand wanneer die fouten maakt ja dan de nee en kan iemand zichzelf corrigeren ja dan de nee. Dat is ok in de PACT heel belangrijk he. Als je samen communiceert, wie merkt de fout op en wie repareert het? Dat geeft mij wel gelijk, nee ja dat geeft mij belangrijke informatie over hoe zelfstandig iemand kan communiceren en hoe afhankelijk iemand wordt van een gesprekspartner en dan zijn dus dingen zijn waar uhh ik in de therapie ook de nadruk op proberen te leggen.

Aukje: Ja

Mw. Top-Termaat: Kan zij leren toch beter haar eigen fouten te merken en kan zij leren zichzelf beter te corrigeren, zijn er strategieën voor te leren.

Aukje: Ja

Myriam: Ja, duidelijk

Mw. Top-Termaat: Uhm, opzich is haar begrip dus wel oké, alleen vergeet ze het snel. En ook lezend is haar begrip best aardig maar niet te veel informatie tegelijk. Nou dan denk ik nou ja uhh dat zijn best dat zijn best goede voorwaarde voor een therapie. Daar kun je in ieder geval strategieën voor verzinnen. Dat maakt dat ze waarschijnlijk best wel wat kan leren.

Myriam: Ja

Mw. Top-Termaat: Ik denk dat ik daar wel wat mee zou kunnen.

Aukje: Leuk om te horen.

Myriam: Ja prima

Aukje: Uhh, je gaf net al aan over die hulpvraag er is wel wat meer te inventariseren dat dit al best wel mooie hulpvragen waren eigenlijk, dat mensen hier niet vaak zo mee aankomen zeg maar. Uhhh, wat is volgens jou de ideale manier om de hulpvraag te inventariseren?

Mw. Top-Termaat: Ja, ik gebruik vaak de BIPAC, maar in dit geval is die en te specifiek en te algemeen. Dan weet je dat kleine stukje maar dan weet je dat kleine stukje en daar wil je dan weer op inzoomen. Dan is het toch weer doorvragen. En kijken, hoe vaak mailt ze en wat doet ze dan en wat voor mailtje zijn dat? En wat lukt er nu wel en wat lukt er nu niet?

Aukje: En als je het nu is los ziet van de casus, het mag wel maar je mag ook gewoon even benieuwd naar jouw manier.

Mw. Top-Termaat: Oh ja, uhh ik heb een standaard vragen formulier dat heb ik eigenlijk meegenomen uit de tijd revalidatie Friesland en langzaam steeds beetje aangepast in de setting hier. Dus de vragen die meestal niet aan bod kwamen eruit en soms weer nieuwe dingen er in. Dus dat is mijn eigen geheugen steuntje

Aukje: Je eigen creatie eigenlijk? En de BIPAC, gebruik je ook?

Mw. Top-Termaat: Maar dat is dan meestal een vervolg. Dus als iemand binnenkomt gebruik ik eerst mijn eigen standaard intakeformulier. Ik heb een tijdje ingevallen in het afasiecentrum. Dus daar met Odette overlegt wat ze gebruikt. Dus in de loop der tijd weet je dan schaaft je een beetje bij. Oh dat is ook handig om te weten en dat dan weer niet. En dat hangt ook van de.. nu werk ik in een praktijk dan is het heel belangrijk om te weten wat is iemands huisarts waar zit die en wat voor andere therapieën zijn er nog en hoe zoets iemands week eruit? En dan vroeg ik in het revalidatiecentrum nooit.

Aukje: Oké, een andere setting

Mw. Top-Termaat: Ja

Aukje: Dat is dus wel iets van je eigen creatie? Eigenlijk. Door je eigen ervaring opgedaan.

Aukje: Uhhh uit de literatuur blijkt therapiedoelen die vervolgens opgesteld worden aan de

hand van de hulpvraag vaak niet overeenkomen met wat de cliënt wil en wat de logopedist wil. Uhh nou ja dat is dus eigenlijk een gat wat eigenlijk ontstaat waardoor therapie anders verloopt. Wat denk jij wat er mis gaat en uhh hoe dit opgelost kan worden?

Mw. Top-Termaat: Ik denk nu dat de laatste tijd steeds vaker wij als logopedisten soms vergeten ons echt in te leven in hoe het is om te leven met afasie. Of dat we vergeten om heel veel kennis die we hebben. Uhhh Ik zeg eigenlijk altijd, de kennis die in je eigen hoofd zit neem je als van zelf sprekend aan. Dat weet iedereen, nee dat weet helemaal niet iedereen. Iemand met afasie heeft echt geen idee. Wat het nou is en hoe het komt en wat wel helpt en wat niet helpt en wat er aan mogelijkheden zijn. Dus als logopedist moeten we heel veel informatie geven en dat kan heel expliciet je kan in gesprek gaan en daarvoor. Uhh Vandaag ga ik je informeren van hoe de behandeling er uit gaat zien. Maar mensen vergeten dat ook weer. Ik denk dat we steeds dat we misschien vaker ook bij microdoelen per oefening zeg maar ook steeds weer kunnen uitleggen wat deze oefening nou te maken heeft met die doelen die je samen aan het begin hebt afgesproken. Zodat je ook steeds blijft afstemmen, is dat doel wat we samen hebben afgesproken is dat nog steeds hetzelfde of wil stiekem toch alleen maar praten en zit ik al helemaal op het spoor van ja maar dat komt niet meer goed, dus gaan we compenseren. Maar dat zijn lastige gesprekken, dus ik denk dat we dat als logopedist niet altijd expliciet duidelijk maken. Dit is hoe ik er over denk, volgens mij heeft het geen zin meer om dit pad op te gaan he dus stoornis gerichte therapie moeten we echt gaan afronden. En soms wordt het wel gedaan, maar dan zijn mensen er nog helemaal niet aan toe denk ik om dat te horen.

Aukje: Ja

Mw. Top-Termaat: Dus dat moeten we nog een keer doen en nog een keer en in een volgende setting weer en denk ik ook heel goed beargumenteren waarom.

Myriam: Ja

Mw. Top-Termaat: En ik ja ik denk dat uhh we dat moeilijk vinden en dat soms wat te algemeen houden waardoor mensen zich niet aangesproken voelen en toch denken ja maar ik merk dat het nog vooruit gaat dus ik wil dat toch. Dat dat ook met verwerking te maken heeft.

Aukje: Ja

Mw. Top-Termaat: Dat een logopedist uhhh veel sneller over gaat tot de orde van de dag, ok we hebben nu dit stuk afgerond, dit wordt em niet. Nou dan gaan we dat doen. Maar je moet je cliënt mee nemen anders ga je zo.

Myriam: Ja

Aukje: Duidelijk, hoe neem je die cliënt dan zo mee? Ja, je zegt door elk stapje te bespreken.

Mw. Top-Termaat: Uhhh dat kost heel veel tijd, of steeds te merken als ik een oefening voorleg en ik zie dat iemand afhaakt of die vindt het niks dat dan bespreekbaar te maken.

Aukje: Is dat altijd mogelijk?

Mw. Top-Termaat: Uhm, tot een bepaalde hoogte. Het is niet altijd echt mogelijk om echt te doorgronden wat er door iemands hoofd gaat. Ik had bijvoorbeeld net een meneer met een echt een heel verschrikkelijk ernstige afasie, hij heeft een recidief gehad. Hij zegt alleen maar 'zo' 'zo' en die man was filosoof en die schreef heel veel en die las heel veel en bij elke oefening gaat hij zitten zuchten en dan 'ja pfff'. En dan probeer ik, ik heb net weer een discussie met hem gevoerd over wat is nou het nut hier van? Maar ja dan moet ik heel erg invullen voor hem wat hij zou bedoelen nou ja dan probeer ik dat maar, want dat is het enige wat we hebben. Dus dan leg ik hem voor goh is dit wat u bedoelde? Ik zie dat u zucht volgens mij er is iets, u wilt mij iets duidelijk maken over deze oefening ja en dan proberen we daar achter te komen, maar of ik echt tot de kern kom? Ja, dat weet ik niet.

Aukje: Nee

Mw. Top-Termaat: Maar op een gegeven moment zei ik tegen em. Het is nu voor mij de uitdaging om er voor te zorgen dat u met voldoening de deur uit loopt en dat is volgens mij nu niet het geval. En toen moest ie lachen. Kijk nou heb ik em wel, die kwam aan. Zijn taalbegrip is niet optimaal, maar dit had ie heel duidelijk. Dus dan denk ik nou goed nou heb ik em ff. Dan denk ik ja. Ik snap misschien niet helemaal wat hij bedoelt, maar uhh ik probeer wel steeds hem te bereiken en m'n best te doen om hem te snappen wat hij bedoelt. Als ik daar mee stop dan gaan we denk ik uit elkaar.

Myriam: Ja

Mw. Top-Termaat: Als hij de hele tijd blijft zuchten en de deur uit gaat met.. He uhm heb ik weer FIKS woordherkenning zitten, maar wat heb ik daar nou aan, wat heb ik daar nou aan. Dan zit hij naar die woorden, ja ja, wat heb ik hier nou aan. Nou dan ga ik weer uitleggen aan de hand van Ellis & Young zus en zo. Maar dan nog er is iets, maar misschien bedoelt hij wel net iets anders dan ik hem ingevuld. Dus ja uhh nee je komt er niet altijd achter, maar ik vind het wel mijn taak om het altijd te blijven doen.

Aukje: Ja, dus soms ben je daar 20 min mee bezig en dan 5 min behandelen

Mw. Top-Termaat: Ja, ik zie mensen een uur, dus ik heb wat meer tijd. Maar ja het gaat dan ten kosten van de oefening. Maar ik zie dat dus ook als. Ja, dat is belangrijk voor je therapie relatie en voor dat ik echt snap wat zijn hulpvraag is.

Myriam: Ook voor zijn gemoedstoestand is dat ..

Aukje: Duidelijk

Aukje: Even kijken waar zijn we gebleven?

Aukje: Uh in de literatuur wordt veel geschreven over PACE methode uhm er zijn veel therapiemethodes die zijn gebaseerd op deze methode, een beetje PACE achtig. Dit doen ze ook in uhh Birkhoven, het afasietrainingscentrum. Maar PACE is wel vrij verouderd en het effect is ook nooit hard gemaakt. Uhm Wat is jouw visie op deze PACE methode?

Mw. Top-Termaat: Ik heb nooit, uhh ik ken de officiële PACE methode niet, ik heb alleen maar PACE achtig gewerkt. Eigenlijk is mijn visie op deze methode net zoals andere methodes dat niks zaligmakend is, maar uh dat het wel een nuttige manier is om te

introduceren dat je ook op een andere manier informatie kan overbrengen en dat het een goede manier is om te oefenen omdat je anders. Ja, je hebt meestal als logopedist voorkennis en dan is als je een communicatie oefening doet terwijl de een al weet wat de ander wil gaan zeggen, dat maakt het heel onnatuurlijk dus het is wel een manier waarop je op een iets natuurlijke wijze een oefening kan zonder dat ik direct al weet, wat hij over wil brengen. Uhm terwijl op het moment dat je gewoon aan het communiceren bent ja out of de blue, dan kan alles wel in de dat hoofd zitten, dan heb ik helemaal geen houvast. Dus uh ik zie het als een soort van tussen stap, maar ik ben er niet tegen ofzo, maar ik zie het ook niet als dat PACE de methode is om te oefenen met totale communicatie.

Aukje: Nee

Myriam: Ok

Aukje: Genoeg daarover?

Myriam: Ja! Wat mij betreft wel

Aukje: Uhm, we hebben het al best wel veel gehad over de omgeving, om die bij de therapie te betrekken. Net noemde je de PACT. In hoeverre uh betreft u eigenlijk de omgeving bij de therapie en uhm hoe zou de ideale situatie er uit zien?

Mw. Top-Termaat: In ideale situatie zou ik eigenlijk het liefst ook de omgeving los willen kunnen zien, want dat kan nu officieel niet, dus uhh er zit altijd officieel zit de cliënt er naast. En dat maakt soms wel dat cliënten het moeilijk vinden om problemen te bespreken. Partners willen hun partner niet afvallen die doen heel erg hun best. Terwijl ik wel uhm ik wordt steeds meer ook naar die partner toegetrokken en de omgeving. Want ik zie het als een geheel. Want ja, je hebt gewoon als een iemand afasie heeft heb je met z'n tweeën een communicatieprobleem. En alle partners die ik zie uh die zijn dat water staat ze tot aan hier en die zijn aan het zwemmen en overleven dus die hebben veel meer begeleiding nodig. En dat gebeurt natuurlijk, ja je kunt zeggen daar heb je maatschappelijk werk voor maar ja. Maatschappelijk werker heeft wel weer veel minder verstand van wat afasie precies is. Of je moet daar ook een gespecialiseerde, dat komt denk ik ook wel steeds meer. Om iemand te helpen moet je ook inhoudelijk goede kennis hebben. En als logopedist ben je weer opgeleid om met je niet heel erg goed gesprekstechnieken geleerd. Daar zou ik me nog wel meer in willen ontwikkelen, want daar zie ik wel echt ik zie dat wel als een stuk wat we laten liggen.

Aukje: Ja

Mw. Top-Termaat: Op het moment dat je je alleen op de cliënt richt dan mis je echt heel veel. Juist omdat de communicatie gaat juist ook over die omgeving, want dat is een samenspel. En je kan de cliënt wel allemaal strategieën aanleren, maar als de omgeving wil doen of dat niet snapt of daar heel veel moeite mee heeft. Ja, dan heeft het gewoon niet zoveel zin. Want dan gaat iemand naar huis naar die omgeving en dan gaat dat niet gebeuren.

Aukje: In hoeverre kom de partner dan ook mee naar deze therapie?

Mw. Top-Termaat: Dat wisselt een beetje per cliënt, maar vaak zijn ze mee of soms gaan ze even wat anders doen juist omdat ze dan even hun handen vrij hebben. Maar bij de meeste mensen zie ik in ieder geval de partner eens in de zoveel tijd. Waardoor we even kunnen

evalueren. Hoe gaat het thuis, waar loop je tegen aan? Zijn er nog dingen die ik voor je kan betekenen? Heb je nog vragen over wat we doen in de therapie, Ik vind het ook belangrijk dat partners goed weten wat ik aan het doen ben en waarom. Dat is mijn visie, was dat de vraag?

Aukje: Ja

Mw. Top-Termaat: In een ideale wereld als iemand uit werk komt of weer vrijwilligers werk wil gaan doen ja dan wil ik dus met een begeleider op werk praten en die ook begeleiden, maar ja dat kan nu eigenlijk niet, want daar krijg je niet voor betaald. Dus in een ideale situatie zou ik veel meer de hert op willen en begeleiders scholen en veel meer die hele omgeving scholen en nu moet je iedereen naar je toe trekken met de cliënt er bij, want anders is het geen logopedie.

Aukje: Maar een haalbare ideale situatie

Mw. Top-Termaat: Ja een beetje tussen dat en dat zijn best mogelijkheden te verzinnen.

Aukje: Ok, communicatiehulpmiddelen. Ehhh, iets wat ehhh ehm in de literatuur ehm nou Murphy staat hier toevallig, ehm heeft ja eigenlijk onderzocht die communicatiehulpmiddelen in hoeverre die eigenlijk ook echt gebruikt worden in het dagelijks leven van van ehm van eh de cliënt. Ehm, nou dit dit komt doordat vrij veel tijd in beslag om de boodschap over te brengen volgens Van de Sandt-Koenderman, maar ehm wat zijn volgens jou de redenen daarvoor? En gebruik jij deze hulpmiddelen in je therapie?

Mw. Top-Termaat: Je hebt natuurlijk heel veel verschillende communicatiehulpmiddelen he. Wat ik merk, is dat het mij bijna nog nooit gelukt is om met iemand een hulpmiddeltraject succesvol af te ronden, dat het uiteindelijk toch, of je komt er uiteindelijk toch achter dat iemand d'r andere verwachtingen van had. Dat is heel vaak, naja eigenlijk hetzelfde als wat Van de Sandt allemaal al wel heeft beschreven, dat je toch niet op hetzelfde spoor zit. Dat het teveel tijd kost. Dus mensen verwachten toch dat ze er beter van gaan praten of dat het sneller kan of misschien toch ook de omgeving ehhh dr te weinig bij betrokken, de omgeving denkt heel vaak van: naja nou heb je een hulpmiddel en nou kan je het zelf. Nee, ehm bijna nou bij nou de meeste cliënten kunnen niet zelfstandig een hulpmiddel inzetten. Die moeten daar een seintje voor krijgen dus dan is het met dan dan ja dan is je doel op het niveau van, iemand kan met hulp zijn communicatiehulpmiddel gebruiken. Maar dan heb je altijd je omgeving nog nodig die dat ding erbij pakt en aanzet en, of als het een Gespreksboek is mee gaat bladeren. Want de meeste mensen ja, het is toch ook iets cognitiefs waarschijnlijk waarvan je denkt van ja het is toch logisch, nee dat is dan dus niet logisch, dat als je het niet kan zeggen dat je denkt: oh maar wacht ik heb mijn Gespreksboek. Ja, en hier, dit wil ik zeggen. Zo werkt het dus niet. Dus het ehm, ik gebruik allerlei hulpmiddelen, eigenlijk steeds minder papieren versies en de laatste tijd is de iPad natuurlijk heel erg in opkomst. En wat het voordeel daarvan is, dat het heel makkelijk is om hem aan te passen, want vaak ook ja het kost gewoon tijd om hem aan te passen, als je een een communicatieboekje op maat maakt en iemands leven verandert ja d'r moet iemand zijn die dat aanpast want als het niet meer up-to-date is dan belandt ie in de kast, ga je hem niet meer gebruiken. En een iPad is echt super simpel, en vooral bij namen en foto's, dat is wat mensen veel gebruiken.

Aukje: Ja.

Mw. Top-Termaat: En dan is het een mooi hulpmiddel. Maar ook dat sche... is weer heel erg afhankelijk van iemands hulpvraag en mogelijkheden en omgeving.

Myriam: Ja.

Aukje: Ja.

Mw. Top-Termaat: Maar uiteindelijk merk ik dat ook bij trajecten waar ik dan heel veel energie instak, dat ik dan later terugkijk en denk: ja... hm... was dit het nou waard, had ik dit niet eerder kunnen zien aankomen? Ja, misschien wel, dan wil ik mensen toch het voordeel van de twijfel geven dat je denkt: ja he we hebben er alles aan gedaan. Het is heel moeilijk om echt een hulpmiddel succesvol in te zetten.

Myriam: Ja.

Aukje: Ja.

Mw. Top-Termaat: En dat is misschien, heeft misschien vooral te maken met verwachtingen, dat, dat als je denkt dat dat 1 hulpmiddel in alle communicatieve situaties met alle communicatieve partners gaat werken, dat is dus niet zo. Maar bijvoorbeeld heel specifiek, oké als ik het over iemand wil hebben, en ik kan een foto aanwijzen, dan kan het wel heel succesvol zijn. Maar dat zijn meestal niet de hulpvragen die je krijgt, dus dat is dan heel erg een skill die we als logopedist moeten leren om heel erg de hulpvraag te ontrafelen en de hulpvraag achter de hulpvraag te vinden, maar ook heel duidelijk kunnen zijn of en durven zijn over wat je denkt dat haalbaar is en wat je te bieden hebt.

Myriam: Want zet je dat dan ook eh... als je zo'n hulpmiddel inzet probeer je dat dan meteen eh zo snel mogelijk duidelijk te maken? Wat de verwachtingen zijn?

Mw. Top-Termaat: Ja, dat probeer ik wel maar dat is dus dat vind ik sowieso moeilijk omdat ik het niet altijd kan inschatten ehm, en mensen willen het niet altijd horen. Ja, of ik, weetje of ik krijg, ik krijg de vraag niet concreet genoeg, en dan denk ik: moet ik dan nu stoppen, dat voelt vaak ook heel onbevredigend, dan ga ik toch door. Maar daar komt het dan later, hangt het dan wel weer op. Dus misschien eh, ga ik dat nog wel eens leren dat ik dan denk: ja dit dit gaat hem dus niet worden.

Myriam: Ja dat lijkt me ook heel moeilijk.

Aukje: Nee. Weer maatwerk.

Mw. Top-Termaat: Ja.

Aukje: Ehm, even gezien de tijd, ehm... dan moeten we er wat sneller doorheen denk ik he. We hebben nog aardig wat vragen.

Myriam: Eh even kijken, oh ja.

Aukje: Ja he (lacht).

Mw. Top-Termaat: Ik ben ook niet zo goed in kort en bondig.

Aukje: Nee dat geeft ook niet maar wij moeten ook wel even ehhe. Het volgende gaat even over een groep, ehm ja ehm daar werk jij denk ik niet hiermee. Je kunt er vast wel even iets over zeggen of niet? Ja he. Ja. Eh, ja sorry in het afasiecentrum zie je dat natuurlijk heel veel. Ehm, ja hoe is nou eh de wat is de visie eh van jou op samenstelling van de groep? Hoe zou je die samenstellen?

Mw. Top-Termaat: Het hangt heel erg af van het doel denk ik. Als je heel erg wil verdiepen is het vooral belangrijk om ehm mensen met hetzelfde niveau bij elkaar te zetten zodat ze nou ja met elkaar meekunnen en als je mensen heel erg van elkaar wil laten leren algemene communicatieve vaardigheden en verwerking en weet ik het wat allemaal, ja dan kan je denk ik meer variatie hebben. En soms is het ook praktisch. Ik ga bijvoorbeeld binnenkort naar naar een begeleid wonen huis waar twee mannen zitten die allebei met hun communicatiehulpmiddel dingen willen leren ja daar ga ik, daar ga ik maar eens een groepje van maken. En dan gaan we maar eens zien wat, hoe dat loopt. Maar dat is dan ook praktisch, als ik daar dan toch ben. Maar als blijkt dat hun hulpvragen echt te ver uit elkaar lopen, ja dan... dan kan het niet...

Aukje: Maar je zou wel eerder op niveau indelen dan op hulpvraag?

Mw. Top-Termaat: Ehhehehehe, ja nee ook op hulpvraag. Ja, nee, hulpvraag, niveau, overig.

Aukje: Oké.

Myriam: Dat zijn de belangrijkste categorieën, zeg maar?

Mw. Top-Termaat: Naja het hangt dus af van het doel van je groep.

Aukje: Ja.

Mw. Top-Termaat: En ook van de hulpvraag van de cliënt of die daar dan ook in wil. Maar als het doel is van je groep: mensen leren van elkaar met verwerking, van hun van elkaars verwerking en elkaars hulpmiddelen en omgaan met afasie, ja dan kan je mensen met heel verschillende hulpvragen daarin kwijt. Maar als het heel specifiek is van ik wil weer leren lezen, ja dan moet je niet iemand die brieven wil leren typen in diezelfde groep zetten.

Aukje + Myriam: Nee.

Mw. Top-Termaat: Dus dan hangt het af van wat voor groep, wat is het doel.

Aukje: Ja precies, oké. Duidelijk denk ik ja. Ehm nou zei je aan het begin al dat je ehm de hulpvraag inventariseert door middel van je eigen vragenlijst of eventueel de BIPAC. Ehm, met die dat instrument BEBA dan, kun je ook evalueren. Ehm... maar ook in de BEBA staan niet alle hulpvragen, dus ehhe, zijn er waarschijnlijk nog een miljoen andere. Hoe hoe doe jij die evaluatie eigenlijk? Of wat is ideaal volgens jou?

Mw. Top-Termaat: Ja, ideaal is op de een of andere manier zo objectief mogelijk meten, ehm, daarvoor kan ik de BEBA gebruiken maar dat vind ik dan toch ook nog wel moeilijk om daar op de een of andere manier krijg ik die niet heel erg, niet lekker in de vingers. Dus dan wat ik in ieder geval altijd probeer te vragen, aan het begin en aan het eind, is een een ervaringscijfer, dus tussen 1 en 10, om een soort van naja subjectief objectieve maat. Kan

een video opnemen en dan die aan het eind en dan samen vergelijken. Meer dat soort evaluatiematen.

Aukje: Ja.

Mw. Top-Termaat: Scenariotest. Als je het hebt over eh, hoe zet iemand totale communicatie in, hoe gaat die communicatie nou functioneel, dus dat is een mooie. Maar echt echt specifieke taken, ja de winkel in, dat heb ik eigenlijk, dat heb ik de laatste tijd helemaal niet gekregen als hulpvraag, dus daar zou de Be, BEBA een mooie voor zijn maar dat heb ik dus nog nooit zo gedaan.

Myriam: Nee, dan zou je niet meegaan met de patiënt uiteindelijk de winkel in en...

Mw. Top-Termaat: Ja, dat zou ik wel doen, ja.

Myriam: Precies, dat dus eigenlijk wel.

Mw. Top-Termaat: Alleen dat is eigenlijk nog niet aan bod gekomen.

Aukje: Ja. Ja, is dat dan BEBA-achtig wel wat je zegt eigenlijk van zo'n cijfer geven is natuurlijk wel eh... naja hoe ervaren je het zelf en hoe was het eerst en hoe is het nu toch?

Mw. Top-Termaat: Ja een observatie in het begin en aan het eind.

Aukje: Ja, ja precies, maar wel op je eigen..

Mw. Top-Termaat: Niet-gestandaardiseerd of zo, nee.

Aukje: Nee precies, nee oké.

Myriam: Ik denk eigenlijk dat die volgende vraag daar ook wel wat mee te maken heeft.

Aukje: Ja.

Myriam: Hoe wordt de kwaliteit ehm van leven hoe meet je dat zeg maar enne ehm dus niet zozeer hoe iemand vooruit gegaan is in die communicatie maar meer hoe iemand het ervaart?

Mw. Top-Termaat: Ja, naja daar heb je allerlei vragenlijst.. specifieke vragenlijsten voor en die gebruik ik niet. Wil ik me altijd nog wel eens in verdiepen maar dat komt er niet van.

Aukje: Maar zijn die er dan echt? Want wij hebben gelezen...

Mw. Top-Termaat: Ja er is, er is toen een vragenlijst volgens mij of laatst vertaald of ehm of aangepast voor mensen met afasie...

Aukje: Ja, want nu zijn er ook studenten mee bezig ook, studenten, Robine enzo... die zijn er mee bezig geloof ik, ook groepje...

Mw. Top-Termaat: Ik hoor daar wel eens praatjes over maar ik heb nog nooit concreet iets gezien waarvan ik denk: o ja, dat ga ik nu gebruiken of het is nog niet op de markt of het is alleen in een onderzoek gebruikt. Ja, dan kunnen we er nog niet gelijk iets mee. Maar dat ja, eigenlijk is dat waar ik dan naar vraag. He,... sowieso standaard vraag ik aan iemand, na dat is een beetje.. Ja,... dat is soms een beetje vaag, want als je vraagt naar de communicatie

als geheel he, hoe was dat vroeger, wat voor cijfer zou je jezelf geven, was dat een 10 of lager? Hoe wat v... wat geef je jezelf nu en wat wil je weer bereiken? Maar maar te dat kan ik ook specifieker vragen, van: oké. Alleen lezen van een boek, wat voor cijfer geef je jezelf nu? Ja, en hoe was dat vroeger.. Wanneer ben je tevreden? En dan na een tijdje weer evalueren van goh wat voor cijfer geef je jezelf nu? Oké, vorige keer zei je: met een 7 ben ik tevreden, je geeft jezelf nu een 7, ben je ook tevreden? En wat.. waarom wel of waarom niet?

Myriam + Aukje: Ja.

Aukje: Maar dan is het toch wel heel erg op de communicatie gericht zeg maar. Als je algemeen kwaliteit van leven eh

Mw. Top-Termaat: Ja nee daar heb ik dus...

Aukje: Nee, echt communicatie eh..

Mw. Top-Termaat: Ja dat is wel mijn anker.

Aukje: Ja. Oké.

Mw. Top-Termaat: Ja.

Myriam: Ja.

Aukje: Ehm... Ik lees even een stukje voor: uit recente literatuur blijkt dat de transfer van de therapiesituatie naar het dagelijks leven gestimuleerd kan worden door de cliënt systematisch naja mee te nemen en ehm begeleid te oefenen buiten de therapiekamer. Ehm... in hoeverre ben jij als logopedist eigenlijk betrokken bij die generalisatie?

Mw. Top-Termaat: Hoe ik dat...

Aukje: Wat ik net zei ga je mee de winkel in en en en... en in hoeverre denk je ook dat wat jij hier oefent met de cliënt ook gegeneraliseerd wordt naar het dagelijks leven.

Mw. Top-Termaat: Ja. Ja. Nou ik ga, ik ga toch nog niet zo heel vaak de therapieruimte uit. Altijd als ik daar over nadenk, denk ik: dat zou ik best meer kunnen doen... Maar mmm, ik praat daar wel veel over. Dus we praten veel over hoe het dan gaat en wat er ging deze week en wat niet. Eh, en ik probeer als een partner erbij is die altijd te instrueren en dat dan ook weer terug te horen zodat die dat stukje generalisatie overneemt. Ja, daar ligt nog wel een, een uitdaging ja. Ja, en ik heb dus de laatste tijd niet vaak meer mensen gehad die zeiden van ja ik wil beter boodschappen kunnen doen, want dan stap je .. of ik wil met de bus kunnen reizen want dan... dat is voor mij dan duidelijker teken om ook daadwerkelijk die bus in te gaan.

Aukje: Ja.

Myriam: Ja precies.

Mw. Top-Termaat: Maar als het toch vooral is, ik wil ehm, mijn kleinkinderen weer voor kunnen lezen, ja dan dan zou het ook mooi zijn als ik uiteindelijk een keer die kleinkinderen voorgelezen zie worden...

Aukje: Ja.

Mw. Top-Termaat: Maar dat kan ook met een video.

Myriam: Ja.

Mw. Top-Termaat: Dus dat ehmmm,

Myriam: Ja.

Mw. Top-Termaat: Nee dat blijft, dat weet ik nog niet zo goed..

Aukje: Nee.

Mw. Top-Termaat: Hoe ik dat meer zou kunnen doen.

Aukje: Maar denk je wel dat dat ook een... Een naja in sommige... (Mw. Top-Termaat: ik denk dat er meer...) gevallen dan een voorwaarde kan zijn? Van verslagen van de... therapie zeg maar?

Mw. Top-Termaat: Ik denk dat het een meerwaarde kan hebben, dat het niet per se, dat het niet per se altijd moet, ik denk dat er meerdere wegen naar Rome zijn, dus het kan ehm het kan heel erg helpen. In ieder geval geeft het je een andere... ja je ziet gewoon in de situatie wat er gebeurt terwijl als je samen praat over wat er in de situatie gebeurt, ja dan meet de communicatie is sowieso al anders en iemand kan zich beter voordoen ehm... maar je kan ook op een andere manier eh... he dus door erover te praten en dan maar goh hoe gaat dit dan en hoe gaat het dan met afrekenen en kan je dan teruggeven en hoe hoe is het met pinnen, ja dan kan ik er ook achter komen. En als er dan een heel specifiek probleem uitkomt kunnen we alsnog dr d'r op uit.

Myriam: Ja.

Aukje: Ja.

Mw. Top-Termaat: Maar ik vind het niet altijd noodzakelijk.

Aukje: Oké.

Mw. Top-Termaat: Maar ik denk wel dat het soms een meerwaarde heeft en dat ik het vaker zou kunnen doen.

Myriam: Ja.

Mw. Top-Termaat: Het is soms ook een beetje luiheid hoor. Ja, het is ook gewoon gedoe (Myriam: ja is het ook), of je hebt niet genoeg tijd en dan krijg je het niet georganiseerd. Ja, dat zijn dan de praktische bezwaren.

Aukje: Ja precies. Oké ehm... even kijken hoor. Ja, wat maakt dat dit nou niet gebeurt in Nederland is eigenlijk de volgende vraag. Ehmmm nah je zei eigenlijk ook al praktisch en eh..

Mw. Top-Termaat: Praktisch en het is, het is soms ook gewoon een beetje buiten je comfortzone.

Myriam: Ja, snap ik wel.

Mw. Top-Termaat: Dit is wat ik gewend ben, en eruit gaan... ja dus, dus bij.. als ik het heb over gesprekspartners instrueren dus als iemand in een bepaald huis woont en begeleiders heeft ja dan kom ik daar wel. Dat doe ik, dat vind ik dan wel weer, dat is dan wel weer vanzelfsprekender dan nah... en mensen vinden het zelf ook wel, soms nodig ik mezelf uit, he van ik kan mee naar de kaartclub, en ik kan mee hiernaartoe.

Myriam: Dan kom je ook in hun comfortzone, zeg maar, in hun...

Mw. Top-Termaat: Ja. Ja. En dat vinden ze dan toch een beetje gek (Myriam: Ja) of teveel gedoe, offe...

Aukje: Ja.

Mw. Top-Termaat: Dus op de een of andere manier komt het er niet van en ik wil het ook best. En soms bedenk ik het gewoon niet omdat ik te druk ben of in een bepaald spoor zit. Ja. Dus allerlei praktische...

Aukje: Allerlei... eh hh, ja, oké.

Mw. Top-Termaat: We zijn het niet zo gewend denk ik. Dus dan is het inderdaad ook een beetje spannend en dan moet je het gewoon gaan doen.

Myriam: Ja.

Aukje: Dus het nastreven van zoiets zou toch wel gewoon zijn het gewoon gaan doen eigenlijk?

Mw. Top-Termaat: Ja.

Aukje: Ja. Een beetje uit de comfortzone stappen.

Mw. Top-Termaat: Ja.

Aukje: Ja, oké. Ehm... We hebben nog een paar vragen op het gebied van cognitie, emotie en gedrag. Ehm mm, welke stoornissen op dat gebied hebben voor jou, wat jou betreft echt een negatieve invloed op de therapie? Wat zou nou echt een contra-indicatie misschien zelfs wel...

Mw. Top-Termaat: Ja wat is een negatieve invloed... Ik zie het, ik zie het eigenlijk meer als dat zijn de voorwaarden waar ik het mee moet doen.

Aukje: Oké.

Mw. Top-Termaat: Ehm... dus ik zie het niet zozeer als... Ja of iemand moet... een contra-indicatie voor therapie is als iemand zulke gedragsproblemen heeft of echt de hele tijd boos wordt en agressief... Ja, dan is het klaar. Daar ga ik niet, daar ga ik niet eh... Daar kan ik niks mee.

Aukje: Nee.

Mw. Top-Termaat: Ik heb een keer met Nicole gehad bij een meneer, volgens mij was het, was ze d'r net, een aan huis behandeling en die man die werd boos en die, die greep echt bijna zo mijn laptop om hem zo door te kamer te smijten. Ja, dan is het klaar. Dus iemand moet wel willen. Ik ga niet iemand aan zijn haren naar de logopedie sleuren. Dus dat is een contra-indicatie. En verder zie ik cognitieve problemen en emoties vooral als een uitdaging. Dan denk ik dus, oké. Ja. Dit is dus, zo zit jij in mekaar. Hoe kan ik daar als therapeut mijn therapie omheen weven?

Aukje: Oké. Maar als ik je nou toch nog een keer vraag om, wat is dan de toch wel het lastigste ding zeg maar? Ja, dat gedrag is dan wel echt een wat je zei een...

Mw. Top-Termaat: Nou wat ik, wat ik, wat ik het een van de lastigste dingen vind is als iemand niet voldoende ziekte-inzicht heeft.

Aukje: Inzicht, ja.

Mw. Top-Termaat: Als iemand geen inzicht heeft, en dus elke keer, alles wat ik voorstel niet begrijpt of of stom vindt en ik maar niet duidelijk kan krijgen waarom dat dan handig is, ja dan wordt het wel heel ingewikkeld, maar dan, dan is het of uiteindelijk stoppen of helemaal met iemand meegaan en kijken of, als je meer een relatie hebt opgebouwd of iemand uiteindelijk toch je durft te vertrouwen dat wat ik bedacht heb oké is.

Aukje: Ja.

Mw. Top-Termaat: Soms gaat, lukt het dan in een later stadium wel, dat iemand gaat doen wat ik nuttig vind. En dan investeer ik in het eerste stadium vooral in meegaan in wat diegene wil.

Myriam: Ja.

Mw. Top-Termaat: Dat vind ik het lastige ziekte-inzicht.

Aukje: Oké. Eentje over de computertechnologie. Van de Sandt-Koenderman schrijft dat in de toekomst de computertechnologie eh gedeeltelijk van de behandeling echt gaat gaan overnemen, dat wij als logopedist meer een coachende rol zullen hebben. Ehm ja welke ideeën heb jij hier eigenlijk over? Hoe zie je dat?

Mw. Top-Termaat: Ja, dat zie ik ook wel gebeuren. En ik vind dat zelf ook eh, ik vind dat eigenlijk ook prima. En ook wel leuk.

Myriam: Ja? Want waarom?

Mw. Top-Termaat: Nou ik zie... ik zie niet in, een een oefening samen met iemand uitvoeren, dat is niet iets waar ik per se het allerbest in ben. Als logopedist. Want ik kan dat heel goed aan iemand anders leren die dat dan gaat doen. Of, iemand kan dat zelf met een computer. En ik merk ook dat ik dat zelf daar zie ik niet altijd mijn meerwaarde van in, maar iemand leren hoe op wat voor manier die met zo'n computerprogramma om kan gaan en waarom, dus als je zelf wil oefenen, hoe doe je dat dan, hoe vaak, en wat doe je wel en wat doe je niet, en wat is voor jou de juiste manier van oefenen, en mensen instrueren en coachen, ja dat zie ik echt als taak van de logopedie en de grote lijn in de gaten houden van wat zijn nou de doelen, wat zijn iemands mogelijkheden en onmogelijkheden en daar je adviezen op afstemmen, ja dat is een vak apart. Dat, daar word ik ook enthousiast van, denk ik: ja. Dat,

dat is mijn meerwaarde, dat is wat ik kan. Maar dat echte uitvoeren, ja dat kan ik zo aan, dat kan ik aan iedereen leren.

Myriam: Ja, precies. Dat vraagt hele andere vaardigheden.

Mw. Top-Termaat: Ja.

Aukje: Ja, oké. Ehm, we hebben nog een paar algemene vragen, ik zou er nog wel één of twee willen stellen, maar gezien de tijd, kan dat nog of heb je nog andere...

Mw. Top-Termaat: Ja nog effies.

Aukje: Ja, we zijn al wel een uur mee bezig.

Overleg Aukje en Myriam:

Aukje: Welke wil jij ehh? Ik vind deze wel even boeiend nog, die laatste.

Myriam: Ik ook. Ehm...

Aukje: Nou ik denk dat we die wel aardig gehoord hebben in de (...) toch?

Myriam: Ja. Opzich die enalaatste ook wel.

Aukje: Ja en deze. (Er wordt gelachen).

Mw. Top-Termaat (lachend): Oké, snel.

Aukje: Wat is er ehmmm wat is er eigenlijk nog volgens u nog nodig, ja ook eh dat is eigenlijk ook een beetje met deze, wat waar is eigenlijk het gat en wat is nog nodig ehm om functionele afasie nog therapie nog efficiënter te maken en dan en dan ook gewoon op diagnostiek, therapie en, en evaluatie eigenlijk alle eh..

Myriam: Wat mist, wat mist er nog?

Aukje: Ja, wat mist er nou eigenlijk echt?

Mw. Top-Termaat: Ehmmm, aan de ene kant zou ik zeggen wat mist zijn echte stappenplannen en concrete he materiaal dat je uit de kast kunt trekken zodat je niet alles zelf hoeft te bedenken. En tegelijkertijd merk ik dat op het moment dat er iets is dat omdat je zo maatwerk aan het leveren bent, klopt het meestal net niet en dan ga je toch weer zitten aanpassen.

Aukje: Ja.

Mw. Top-Termaat: Dus waar ik nou echt behoefte aan heb, dat weet ik niet en ik denk dat misschien ook de behoefte aan concreet materiaal, vaak wel voortkomt uit onzekerheid van: ja maar ik wil, ik wil iets tastbaars hebben, zodat mensen denken dat ik wel echt iets nuttigs aan het doen ben.

Myriam: Ja.

Mw. Top-Termaat: Maar of daadwerkelijk dat concrete materiaal of die diagnostiek dan die, die onzekerheid wegneemt, dat vraag ik me af. Want uiteindelijk ben je zo aan het inzoomen op die persoon en wat bij iemand past, en dat malletje is bij iedereen anders. Ehmmm, wat denk ik wel goed is, is om om veel meer te gaan beschrijven, wat we aan het doen zijn en waarom en hoe zodat we als beroepsgroep meer, daarin meer uniformiteit in krijgen. En blijven nadenken daarover, maar wat nou echt concreet mijn behoefte is aan... Ja aan

diagnostiek misschien meetinstrumenten waarop je op een gestandaardiseerde manier dus het effect kunt meten, tevredenheid, kwaliteit van leven. Maar verder zijn die functionele hulpvragen zo divers.

Myriam: Ja.

Aukje: Ja.

Mw. Top-Termaat: Dat er niet één instrument voor kan zijn. Dus dan (...)

Aukje: En zijn er bijvoorbeeld ook, stel dat je nou zou kunnen zeggen, nou deze 5 hulpvragen kom ik nou zo vaak tegen, als daar nou eens iets voor was? Ik zeg maar wat hoor, ik weet niet of je, of dat...

Mw. Top-Termaat: Nou ja wat ze bij de VKL nu aan het doen zijn ehm, is dat er heel vaak willen mensen weer leren lezen. Ik wil beter leren lezen, terwijl er is eigenlijk geen materiaal. Als je een beetje om het niveau op te hogen... korte teksten, langere teksten, echt als je gaat opbouwen in complexiteit, ja dan moet je heel erg zelf...

Myriam: Ja.

Mw. Top-Termaat: ...gaan zitten zoeken en dan zit je steeds maar: uhm nou dat is dan makkelijk, en dat is dan semi-moeilijk, dus, dus dat is een hulpvraag die heel lastig is, waar wel inmiddels ook ehm materiaal voor wordt ontwikkeld. Nou met die totale communicatie dat daar is ook, dat is ook al in beweging. Ja, misschien ook ehmmm, toch ook nog manieren om naar communicatie tussen gesprekspartners te kijken.

Aukje: Ja. Nu wel met de Status Afasietherapie ook bezig de tweede versie inderdaad, maar... Ja, oké.

Mw. Top-Termaat: Concreter kan ik niet echt worden.

Aukje: Nee, naja, hoeft ook niet.

Myriam: Nee.

Aukje: Ehm... Weet jij er nog één? Om mee af te sluiten? We hebben ze een beetje gehad he?

Myriam: Ehm, ja. Ja. Dat denk ik wel, ja.

Aukje: Nou, heb jij nog aanvullingen of eh? Best wel heel veel vertelt he.

Mw. Top-Termaat: Nee, ik heb echt heel veel verteld.

Aukje: Ja, super. Ik doe hem uit.

Mw. Top-Termaat: Ik weet van voor niet meer wat ik van achteren heb verteld.

BIJLAGE 9 TRANSCRIPTIE INTERVIEW MW. VAN DER KAADEN

Aukje: Heel fijn dat u mee wilde werken op deze manier. Even kijken ik zal even een korte inleiding geven van ons afstudeerproject.

Mw. van der Kaaden: Ja

Aukje: Vanuit het revalidatiecentrum Reade uit Amsterdam hebben wij een opdracht gekregen om de functionele afasietherapie in kaart te gaan brengen. Zij ervaren dat het best lastig was om uhm ja genoeg behandelmateriaal te hebben voor deze therapie. Nu was hun vraag ook eigenlijk om behandelmateriaal te gaan ontwikkelen. Uhm alleen vanuit de opleiding hebben wij, moesten wij natuurlijk eerst een literatuuronderzoek doen en een veldonderzoek, een kwalitatief onderzoek, daar zijn wij ook mee gestart, we hebben een uitgebreid literatuuronderzoek gedaan naar van allerlei aspecten op het gebied van activiteiten en participatieniveau van de afasietherapie. Die hebben we nu afgerond en we zijn nu allemaal mensen aan het interviewen. We hebben vijf logopedisten geïnterviewd uit afasiecentra. En we zijn vijf mensen op het gebied van afasietherapie gespecialiseerd zijn hebben we ook gesproken. Daar hopen we ook dat we bij u aan het goede adres zijn. We hadden van Sandra Wielaert gehoord dat u aardig wat doet op het gebied van deze therapie, klopt dat?

Mw. van der Kaaden: Ja ja

Aukje: Ja super. En dus vandaar dat we u eigenlijk ook benaderd hadden. Dus we zijn eigenlijk, is het een beetje duidelijk waar het interview om gaat?

Mw. van der Kaaden: Ja ja ik begrijp even van jou om samen te vatten dat ik het goed begrepen heb. Jullie hebben een project gedaan, onderzoeksproject, over nou wat de logopedist met participatie doen in de afasietherapie. En jullie willen van mij graag horen uh nou wat mijn visie daarop is.

Aukje: Ja dat klopt helemaal. We hebben wat vragen opgesteld uhm die wij ook gaan gebruiken in ons verslag zeg maar. De mening van experts, mening van logopedisten willen we graag verwerken in onze resultaten. Uhm dus onze eerste vraag is eigenlijk: hoe zou de term functionele afasietherapie, in een zin of in twee zinnen definiëren?

Mw. van der Kaaden: Uh och ja, in een zin zei je.

Aukje: Het liefst in een zin als het kan.

Mw. van der Kaaden: Uhm functionele afasietherapie is therapie die altijd recht doet aan de hulpvraag van de patiënt en gebaseerd is op het functioneren in zijn dagelijkse omgeving.

Aukje: Oké. Mooi, duidelijk.

Mw. van der Kaaden: Dat was even snel he.

Aukje: Ja nee dat is een mooie definitie ja. Uhm de volgende vraag er is best veel geschreven over in welk stadium functionele therapie in welk stadium eigenlijk het best kan gaan toepassen wat is nou het beste moment om daar mee te starten? Eigenlijk zijn we benieuwd naar uw visie daarop.

Mw. van der Kaaden: Nou ik denk dat je vanaf dag 1 functionele therapie kan geven en ik voel het spanningsveld met de mensen die uhm en de richtlijnen die zeggen er moet vooral uh functietraining plaatsvinden. Ik denk dat dat zeker ook zo is, maar dat je altijd moet kijken naar het ook toepasbaar, krijgt iemand er meteen wat voor terug in zijn functioneren. Dus vanaf dag 1.

Aukje: Oké. Ja. En vanaf dag 1 is het misschien nog wel lastig om vanuit een hulpvraag te werken of denkt u daar anders over?

Mw. van der Kaaden: Uhm nou ik denk wel dat het bij heel veel afasiepatiënten het in eerste instantie lastig is om echt een hulpvraag uit te diepen en dat het van belang is van de partner ook die er is of de betrokken naasten uhm dat je daar mee in gesprek gaat om uit te zoeken nou van wat was belangrijk voor iemand, wat verwacht je eigenlijk dan dat voor degene nu ook belangrijk zal zijn.

Aukje: Ja oké. Goed ik denk dat dat duidelijk is. Onze volgende vraag gaat ook eigenlijk over dat inventariseren van de hulpvraag. Daar is, daar hebben we natuurlijk de BIPAC voor onder andere als instrument. We zijn eigenlijk benieuwd wat volgens u de ideale manier is om de hulpvraag uit te vragen.

Mw. van der Kaaden: Uhm ik denk een heleboel creativiteit van de logopedist, hele goede communicatieve vaardigheden en uhm ook vanuit een bepaald idee uhm hoe mensen in het leven zouden kunnen staan, dus ik denk dat je met alleen een BIPAC kom je er sowieso niet, omdat in de BIPAC eigenlijk alleen maar een aantal standaard activiteiten zijn weergegeven. Dat is op zich een mooi begin. Maar als iemand bijvoorbeeld een hulpvraag heeft op schrijven dan uhm komt daar in de BIPAC niet duidelijk altijd iets in terug, het is heel algemeen, dus als iemand heel graag op de voetbalvereniging weer wil in de kantine wil staan, dan staat dat niet in BIPAC. Dus je moet je eigen creativiteit volgens mij heel erg aanboren en door blijven vragen om zo goed mogelijk het plaatje compleet te krijgen en soms heb je daar dus wel de omgeving voor nodig.

Aukje: Ja en uhm is er op dat gebied nog iets wat u eigenlijk uhm mist. Wat zouden we nog wat zou er nog nodig zijn dit te optimaliseren? Zou u iets hebben dat, hoe zeg ik dat goed, naast die BIPAC en de eigen creativiteit van de logopedist..

Mw. van der Kaaden: (...) uhm Optimaliseren ja misschien zou je eerder kunnen denken aan opleidingen, dan aan materiaal. Ja, omdat ik denk dat het een bepaalde manier van denken is en als je die onder de knie hebt dan maakt het eigenlijk niet meer uit wat voor materiaal je hebt. Want dan bedenk je misschien dat je met iemand mee gaat, nou ik hou de voetbalvereniging nog even vast, naar de voetbalvereniging en kijken wat hij daar altijd deed en vaak moet je dan wel opgraven van hoe deed je dat dan precies en met wie deed je dat en met wie had je dan contact en (...) dus ik denk meer dat het gaat om een manier van denken, dan zozeer om materiaal.

Aukje: Oké dus meer de logopedist uhm trainen daar in dan dat ze echt ja, oké! Leuk inzicht, nog niet eerder gehoord. Dus u denkt dat, want u heeft ook een mailtje gestuurd naar ons met daar stond in een lijst met artikelen die u gebruikt in de cursus die u geeft, klopt dat? En u geeft ook cursussen op dit gebied of?

Mw. van der Kaaden: Ja wij hebben bij revalidatie Friesland een cursus op dat gebied, waarbij we dus heel erg uitgaan van participatiegerichte therapie, nou zitten wij in een revalidatiefase, dus dat is een beetje tussen de chronische en acute fase is. Waarbij we dus, het doel van die cursus is uhm ja mensen een concept aanreiken waarbij ze beter begrijpen wat er allemaal komt kijken als je participatiegerichte logopedie gaat doen. En dat is nog meer dan functiegericht trainen, want dat is nog weer een sub concept volgens mij daarin.

Aukje: Oké. Ja, precies dus daar in komt ook wel dat trainen van hoe vraag je nu die hulpvraag uit in voor of niet.

Mw. van der Kaaden: Ja ja.

Aukje: Oké dus meer het trainen dan echt iets speciaal ontwikkelen. Ja heel duidelijk.

Mw. van der Kaaden: Ja kijk, een checklist kan altijd, maar die checklist kan je past gebruiken als je begrijpt hoe participatiegerichte therapie in elkaar zit.

Aukje: Ja precies. Ja. Ik ben heel even mijn interview kwijt, een moment. Ja, ik heb hem weer. Ik werk op een computer waar in zelf nooit op werk, vandaar. Ging even wat mis.

Aukje Ja dus de vraag was inderdaad wat denkt u dat er mis gaat en hoe het opgelost kan worden dat is eigenlijk kort samengevat uhm dat logopedisten meer eigenlijk tools nodig hebben, meer vaardigheden moeten ontwikkelen om dat goed te kunnen doen. Ja oké. Goed. De volgende vraag gaat over de PACE methode, er zijn veel therapievormen die PACE achtig eigenlijk gegeven worden, meer gebaseerd op deze methode. Uhm maar de PACE is vrij verouderd en het effect is ook nooit onderzocht. Daar zijn wij achter gekomen door de studie te doen. Uhm wij zijn eigenlijk benieuwd wat uw visie is op deze methode?

Mw. van der Kaaden: Uhm nou ik zal eerst zegen dat mijn indruk is dat veel logopedisten denken aan PACE, dan denken aan een bakje met kaarten. Waarbij je dan oefeningen doet dat je die elkaar duidelijk moet maken. PACE is volgens mij veel meer. En het concept PACE is denk ik heel goed, als je er van uit gaat dat PACE betekent: ik ga jou iets duidelijk maken wat jij nog niet weet. Want dat is communicatie. Dus in die zin denk ik dat het een heel goed concept is om op die manier dingen uhm te oefenen.

Aukje: Ja oké. Dus ja nee is duidelijk denk ik. Uhm u had het ook al eerder over de omgeving die u betrok in het uitvragen van de hulpvraag onder andere. Uhm en hoe betreft u verder de omgeving bij de therapie, wat is uw visie hier eigenlijk op?

Mw. van der Kaaden: Uhm nou ja ik zei net al he, ik vind er nog een verschil tussen functionele therapie of participatiegerichte therapie, omdat mijn visie is dat als je gaat over participatiegerichte therapie dan heb je als logopedist ook een andere rol en dan speelt de omgeving een hele centrale rol in de behandeling. Dan ben je als logopedist veel meer de coach en is de persoon met afasie en zijn omgeving eigenlijk de klant. En die zul je dus in samenhang met elkaar moeten begeleiden.

Aukje: Hoe ziet dat er dan bijvoorbeeld uit? Want als je echt op participatieniveau gaat trainen dan zul je dus uhm de therapiekamer uit gaan waarschijnlijk of niet?

Mw. van der Kaaden: Uhm dat zou kunnen nou is dat de tijd in de maatschappij en de financiering er niet zo voor om dat te doen. Dat kost natuurlijk altijd heel veel tijd. Ik zie het

zo ook voor me dat je de persoon met afasie en de omgeving naar je toe haalt. Het kan ook zijn, blijf even bij de voetbalclub, die patiënt met afasie kan die bardienst best wel doen als hij samen met een maat dat kan doen. Laat die maat dan naar de therapie komen en laat die maat leren samen met die meneer of mevrouw met afasie van hoe ga je dat nou doen straks achter die bar? En hoe kan je mekaar begrijpen hoe zorg je dat je de samenwerking goed hebt afgestemd. Dus daarin ben jij veel meer faciliterend en zorgen dat je de mensen die wat met elkaar moeten doen samenbrengt en ook met mekaar laat leren.

Aukje: Ja dus als ik het goed begrijp is de omgeving wat dat betreft uhm heel erg belangrijk in en kan het eigenlijk bijna niet zonder omgeving als je het hebt over participatieniveau.

Mw. van der Kaaden: Ja ja ik denk ook, maar dat is mijn hele idee over afasietherapie dat de logopedist niet de gesprekspartner moet zijn in de therapie. Want die logopedist is er maar tijdelijk. Maar die ander moet met iemand anders kunnen praten, of dat nou een partner is of een vriend of een collega, daar moet hij het mee leren en die ander moet dus ook wat leren, want nou ja afasie heb je volgens mij niet alleen maar altijd tweeën.

Aukje: Ja ja dat is logisch ja. En hoe gaat dat in de praktijk? Is dat is dat ook altijd haalbaar? Of of, ik ben daar eigenlijk wel heel erg benieuwd naar.

Mw. van der Kaaden: Uhm het is in die zin altijd haalbaar uhm op het moment dat het ook weer in het zicht komt van mensen. Uhm als ze in het begin bijvoorbeeld in de revalidatie terecht komen, na dat het net is ontstaan zijn ze hier. Dan is hun wereld nog heel klein. Dan zijn ze al heel blij als ze de boter kunnen krijgen van de buurman als ze samen aan tafel zitten, maar op het moment dat ze of bijna naar huis gaan of al thuis zijn dan wordt die wereld ook groter en worden de vragen ook anders. Daarin zal je dus ook moeten aanpassen. Je kan op dag 1 niet denken terug aan uhh nou ja hervatting van werk of vrijetijdsbesteding. Maar dan gaat het veel meer om die directe omgeving.

Aukje: Ja, dus eigenlijk, wat u net zei aan het begin, die functionele afasietherapie die uhh pak je eigenlijk vanaf dag 1 mee (Mw. van der Kaaden: uhuh), maar u maakt dus echt een verschil tussen functionele therapie en participatiegerichte therapie.

Mw. van der Kaaden: Nou dat hoeft niet, want op zich.. Kijk iemand moet hier ook participeren als hij hier klinisch is opgenomen.

Aukje: Ja oké

Mw. van der Kaaden: Ja in die zin kan ik ook zeggen van nou ja kom ik een keer bij het eten (Aukje: Ja, ja oké). De standaard richtlijn is dat de logopedist komt bij het eten als er slikproblemen zijn en niet als er communicatieproblemen zijn. Maar dat kan natuurlijk ook. Als ik er voor kan zorgen dat iedereen aan de tafel begrijpt dat hij wijst naar wat hij wil hebben, dan wordt het ineens een stuk makkelijker om deelgenoot te zijn aan tafel.

Aukje: Ja, ja duidelijk. Oké, bedankt. Ehhh even kijken hoor. We hebben ook aardig wat gelezen over communicatiehulpmiddelen die ingezet worden, in de therapie op activiteiten en participatieniveau die gegeven wordt. Van de Sandt-Koenderman zei dat ehh het komt ehh ja er wordt eigenlijk relatief weinig gebruikt door gemaakt door de cliënten. Dit schrijven zij in hun artikel. Dit komt doordat ehh vrij veel tijd in beslag neemt om de boodschap over te brengen. We zijn eigenlijk benieuwd of u met deze ehh of u het met deze stelling eens bent.

En wat de reden daarvan zou kunnen zijn dat communicatiehulpmiddelen eigenlijk zo weinig gebruikt worden.

Mw. van der Kaaden: Uhm nou ik denk dat van de Sandt-Koenderman dat heel goed hebben gezien dat het veel tijd kost en dan meestal een andere meer efficiënte weg gekozen wordt. Daardoor wordt het gesprek wat oppervlakkiger en ehh ehh wat ook zo is, is dat toch heel veel mensen met een afasie niet alleen een afasie hebben, maar ook cognitieve problemen waardoor ehh ja wij kunnen de mooiste hulpmiddelen bedenken.. Een elektronische, digitale, noem het maar op. Maar de patiënt is de belemmerende factor in die zin, die moet hem kunnen bedienen. En als hij het systeem niet begrijpt, dan gaat het em niet worden. En dat zie je toch mijn inziens heel vaak. Mensen met grotere communicatieve problemen, ook meer cognitieve problemen waardoor het uiteindelijk toch nou ja ehh niet haalbaar blijkt.

Aukje: Nee

Mw. van der Kaaden: En ehh daarna is toch de acceptatie van de omgeving he voor een hulpmiddel. En ik moet zeggen dat met de komst van de ehh alle mobiele telefonie en de iPad wel wat meer gewoon goed wordt. Dat mensen met het apparaat in de handen zitten, dat is een uitzondering dan dat je 10 jaar geleden als je zo'n ding had. Maar eh de generatie die wij zullen zien, die de oude generatie zijn, die zijn nog niet zo gewend. Ik ben wel nieuwsgierig hoe dat over 10 jaar zal zijn.

Aukje: Ja ja precies. En ehm maar zet u zelf in het revalidatiecentrum hulpmiddelen in of ehh eigenlijk niet?

Mw. van der Kaaden: Uhm soms en soms ehh ook voor één activiteit. En dan kan het bijvoorbeeld zijn alleen maar een spiekbriefje bij de telefoon. Als de telefoon opgenomen moet worden of een afstreeplijstje. Ik heb ooit iemand gehad die was kroegbaas en die kon niet zo snel alle bestellingen onthouden en ook niet opschrijven. Maar wel aankruisen, dat was zijn redding. Dat is ook een vorm van communicatiehulpmiddel. En ik heb ook wel meerdere keren gewerkt met ehh zowel het gespreksboek of iets met ehh foto's of met een iPad. Maar mijn ervaring is ook dat het heel moeilijk is om iets te maken wat helemaal bij de cliënt aansluit en wat hij zelfstandig, want daar gaat het uiteindelijk om, kan bedienen in alle situaties. Dat is een meestal veel te hoog gegrepen doel.

Aukje: Ja, ja duidelijk. Oké. Ehm de volgende vraag over een groep, samenstelling van een groep. Ehm er zijn verschillende mogelijkheden om een groep eigenlijk in te delen en samen te stellen. We zijn benieuwd eigenlijk wat uw visie ehh daarop is. Hoe u eigenlijk een groep rangschikt ehh op niveau of ja...

Mw. van der Kaaden: Uhm nou hier in de revalidatie in dit centrum is het op dit moment zo dat ehh ehh de groepen meestal homogeen, dus we delen toch een beetje in op niveau. Dus echt de hele ernstige afasiepatiënten bij elkaar, de lichte afasiepatiënten bij elkaar. Uhm maar ik kan me best voorstellen dat in een andere fase dat je ehh ook kiest op andere dingen. Zeker als je functioneel denkt of op participatieniveau denkt. Dan kan het ehh zijn: ik heb een vraag rondom nou ja het zelfstandig boodschappen doen. Ik noem maar wat. Of ehh het uitgaan. Dat je op die basis een groep vormt en volgens mij in de afasiecentra doen ze dat soms wel meer op onderwerp. He, het nieuws met elkaar delen, de krant samen lezen. Nou ja goed dat zou misschien wel met meerdere niveaus doen. Mijn ervaring is wel dat als

je het homogeen doet ehm je ja dat je dan soms ehh dat iedereen wat minder aan zijn trekken komt.

Aukje: Ja oké. Wat is precies uw mening dat u dat zegt?

Mw. van der Kaaden: Uhm omdat je als je mensen met een lichte afasie hebt die overroelen dan toch vaak de mensen met een ernstige afasie. Of uhm de mensen met een ernstige afasie bepalen heel erg het tempo en dan vinden de mensen met de lichte afasie dat ze niet aan hun trekken komen. Ja, dat is dan nog moeilijker afstemmen. Dat kan soms ook een goede functie hebben, nou ja de lamme helpt de blinde. Dat klinkt misschien wat lullig, maar ehm wat jij niet kan, kan ik wel en samen kunnen we een heleboel. In die zin kun je wel weer kiezen om de groep heterogeen te maken.

Aukje: Ja precies oké. En hoe groot zijn die groepen meestal bij jullie? We zien eigenlijk ook benieuwd hoe het bij jullie gaat, maar ook wat uw visie hierop is. Wat u zelf denkt wat ideaal zou zijn zeg maar. Maar niet per se hoe het nu gaat, maar ook...

Mw. van der Kaaden: Nou ik denk van 2 tot bij wijze van spreken tot 20 zou kunnen en dat hangt helemaal samen wat je ehh wilt als doel. Met z'n tweeën kan al heel prettig zijn, want dan kun je ook lotgenoten contact hebben en ook van me kaar leren. Ja, soms is het op basis van ehm karakter of achtergrond is 2 wel of niet genoeg. Dat kan soms heel erg bepalend zijn. Mensen elkaar niet liggen, dan heb je met 4 kan dat nog wel. Maar met z'n tweeën en je ligt elkaar niet. Ja, dat gaat niet goed natuurlijk. En ja met 20, dat is maar net wat jij wil leren met elkaar in een grote groep iets te kunnen presenteren of te doen. Dan is een groep van 20 ook nog wel een optie. Je kunt niet dezelfde soort dingen doen in verschillende grote groepen.

Aukje: Nee, nee, het ligt dus ook heel erg aan wat de groep voor doel heeft. Ja oké, dat is heel helder. Ehm de volgende vraag gaat over het evalueren van de hulpvraag. Ook daar zijn eigenlijk een aantal instrumenten voor. Ehh onder andere de BEBA of de ICB. Nu ben ik eigenlijk benieuwd wat uw ehh ideale situatie zou zijn om de hulpvraag van de cliënt te evalueren.

Mw. van der Kaaden: Uhm nou ik ben van mening dat als je een hulpvraag hebt, dat je daar dan een doel op moet stellen. En ehh als je dat doel smart genoeg stelt, dan kan je dat aan het eind van de periode goed evalueren. En dan heb je verder geen instrument nodig, maar dan is het gewoon een kwestie van goed bespreken of het doel behaald is. En waar dan nog de haken en de ogen zouden zitten. Maar dat begint al bij een goede formulering van een doel aan de hand van de hulpvraag.

Aukje: Oké, ja. Ehm goed dat u zelf over de doelen begint, want ik aan het begin nog een vraag. Maar die ben ik vergeten te stellen bedenk ik me nu. Dat gaat over formuleren van doelen. Dat is natuurlijk een logische stap nadat je de hulpvraag hebt geïnventariseerd. Ehm wat hoe stelt u die doelen op? Wat is de ideale manier?

Mw. van der Kaaden: Uhm voor mij is de enige manier om het samen met de patiënt te doen. En ehm ja wij zijn eh de laatste steeds meer van eh hoe smarter hoe beter evalueer aar. En ook hoe motiverender. Dat is natuurlijk een hele klus bij de afasiepatiënt. Maar mijn ervaring is wel hoe concreter je het maakt hoe meer resultaat je kunt boeken. En ook hoe positiever je het kan afsluiten. Het verbeteren van de woordvinding is geen doel. Maar ik kan bij ontslag

van de revalidatie weer mijn buurvrouw groeten op straat. Dat is wel een doel. Dat kun je ook afvinken of je dat gehaald hebt of niet.

Aukje: Ja, ja toch zo smart mogelijk.

Mw. van der Kaaden: Ja zo smart mogelijk. Eventueel ook wel samen met iemand anders en toch ook wel de tijd ervoor nemen. Waarbij je met de andere bijvoorbeeld na 10 minuten al klaar bent en een afasiepatiënt misschien wel 1 of 2 behandelingen nodig hebt om een goed doel te formuleren. Maar heb je die eenmaal, dan leidt de rest vanzelf. Want dan weet je ook precies wat je moet gaan doen en weet je ook meteen of het gehaald is. Ik denk dat het je uiteindelijk tijdwinst geeft.

Aukje: En als je dat samen met de cliënt doet, is het dan ook altijd zo dat de doelen die jij, want jij zal dat toch ook op een bepaalde manier in leiden. Want soms zal het ook niet mogelijk zijn, omdat de cliënt zelf geen doel formuleert. Ehm komt het dan ook wel eens voor dat het doel toch niet overeenkomt met wat de cliënt wil? Want daar lezen we toch aardig wat over. Daar gaat het in de literatuur over, dat dat nog best vaak voor komt. Hoe zie jij dat?

Mw. van der Kaaden: Uhm ja dat is natuurlijk ook kwaliteit van de logopedist denk ik eh ehm dat je heel erg zelfselectie moet hebben om alert te zijn dat je niet dingen hebt geïnterpreteerd die niet gezegd zijn. En dat is natuurlijk de grote valkuil, de communicatie met afasiepatiënten. En ook logopedisten trappen daar in, dat geloof ik zeker. Dus ik zou niet zeggen dat het mij nooit overkomt en aan de andere kant is het wel zo als je het niet alleen doet, maar je doet het altijd samen met de cliënt. En je neemt er de tijd voor en je bent daarin creatief. In die zin desnoods teken het uit zeg maar en betrek ook de mensen die dichtbij de patiënt er omheen staan. Dat je zoveel mogelijk informatie krijgt over wat is dan een goede situatie, waarin moet iemand het dan kunnen. En ja ik denk dat de valkuil van veels te groot denken. We willen de hele wereld verbeteren. Dat is een goed streven, alleen we mogen met elke stap al blij zijn. Dat is gewoon moeilijk voor therapeuten om ja ja dat gaat minder hard dan ik zou willen. Dan stel je maar liever een groot doel, maar ja met als gevolg dat het niet aansluit of het niet haalbaar is.

Aukje: Ja dus eigenlijk ook hier weer is het zo dat je in gesprek gaat met de cliënt en dat je eigenlijk ehm doordat je het als logopedist het zou moeten kunnen, maar daar ook een stukje ervaring moet hebben. En ehh dat moet kunnen leren eigenlijk ook om zo met de cliënt in gesprek te gaan.

Mw. van der Kaaden: Ja, ja

Aukje: Oké, gezien de tijd ga ik even door naar de volgende. Even kijken hoor, een vraag over de kwaliteit van leven. In het buitenland zijn er een aantal onderzoeken die de kwaliteit van leven meten. In Nederland wordt dat nog niet echt gedaan. Ja, hoe wordt ja de kwaliteit van leven in het revalidatiecentrum, wordt dat gedaan of niet?

Mw. van der Kaaden: Uhm nou het is toch niet een heel hot item ook niet onder andere doelgroepen binnen de revalidatie. Ik denk dat dat wel gaat komen. En wij hebben wel iets in de kast liggen. Dat is een aanleiding volgens mij van een onderzoek dat hier gelopen heeft. Dat is in Tilburg door studenten ontwikkeld. Ik had het toevallig vanochtend in mijn handen, maar nu ben ik de titel kwijt. Het heet is met ehh kwali, kweli, kwuli, nou ja iets dergelijks. Ik

kan het nog voor je opzoeken. Maar dat is een visueel gemaakte ehh vragenlijst voor kwaliteit van leven speciaal voor afasiepatiënten.

Aukje: Oké

Mw. van der Kaaden: Maar die is dus nog niet gevalideerd of wat dan ook. Maar gebaseerd op bestaande kwaliteit van leven vragenlijsten en ehh nou ja zo aangepast dat afasiepatiënten er mee zouden moeten kunnen werken. Ik heb daar geen echte ervaring mee, dus ik kan je niet van ehh dat werkt.

Aukje: Ehm zou het goed zijn om dat gaan doen denk je? Of zeg je nou dat is niet echt...

Mw. van der Kaaden: Ik denk dat dat heel goed is. Ja, volgens mij ehh zouden we daar allemaal naar moeten streven dat ehh aan het eind van de behandeling dat je vraagt van of inderdaad de kwaliteit van leven veranderd is. Maar dan is misschien dat technische doel of die spraak, spraak niet verbeterd, maar als de kwaliteit van leven wel verbeterd is. Dan heb je al een heleboel bereikt.

Aukje: Ja zeker, ja. Oké duidelijk. Ehm, ik ga even door naar de volgende vraag, daar hebben we het al een beetje over gehad, maar ehm in hoeverre bent ehm, ja bent u als logopedist maar ook eh, wat is uw, wat is uw visie daarop eh betrokken bij de generalisatie naar het dagelijks leven?

Mw. van der Kaaden: Ehm, ja in principe is dat onderdeel van de behandeling. Ik denk niet dat het begint eh op een bepaald punt maar dat het eigenlijk geïntegreerd zit in de behandeling...

Aukje: Ja.

Mw. van der Kaaden: Je probeert altijd, je probeert je doelen al meteen te stellen op eh, eh, ehhh generalisatie in die zin, hè, het gaat niet om die oefening hier aan tafel maar het gaat erom dat je daarna je boterham eh, eh, kan kopen of je je beleg kan krijgen of naja, noem het maar op.

Aukje: Ja.

Mw. van der Kaaden: Ehmmm, en ehm, in de revalidatie is er wel de mogelijkheid bij ons om ook thuis te behandelen, dus dan probeer je je al een beetje te verplaatsen van de behandelkamer naar de daadwerkelijke situatie.

Aukje: Ja.

Mw. van der Kaaden: En daarin zijn we ook beperkt qua middelen en tijd.

Aukje: Ja.

Mw. van der Kaaden: Dus dat is toch iets wat vaak ehm, echt pas kan, eh, ja, of zelfs met iemand daar omheen. En waar ik een voorstander van ben is zorgen dat de omgeving goed weet, ehm, hoe het kan.

Aukje: Ja.

Mw. van der Kaaden: En dat die met de patiënt het probeert te eh, in de situatie waarin het moet.

Aukje: Ja, wat u net ook al zei dat je de omgeving er zo bij betreft (Mw. van der Kaaden: Ja) eh, dat je dat bij wijze van oefent in de therapiekamer (Mw. van der Kaaden: Ja) en dat dat dan vervolgens gegeneraliseerd wordt.

Mw. van der Kaaden: Ja.

Aukje: Ja, oké. Dus het is niet zo dat het vanuit de logopedist gezien eh ja wat eh dat wat, dat vindt u tenminste zeg maar eh dat, dat het, dat het noodzakelijk is binnen de behandeling dat u met de, met de cliënt naar buiten gaat, of naar...

Mw. van der Kaaden: Nee, dat denk ik eigenlijk niet. Nee, want ik blijf d'r van mening dat jij maar middel bent en dat jij weer wegvalt, dus (Aukje: Ja) als iemand het gaat doen, zal die het ook met andere mensen moeten doen, of alleen.

Aukje: Ja.

Mw. van der Kaaden: En nou is het natuurlijk best een fase dat je zegt: ja maar, bijvoorbeeld met hulp, maar de vraag is of jij die hulp moet geven of een ander.

Aukje: Ja.

Mw. van der Kaaden: Ik vind dat je dat altijd heel goed moet afwegen wat een meerwaarde van is als jij gaat of dat eh, eh een partner of een vriend of een bekende met iemand gaat.

Aukje: Ja, precies. Dus als ik eigenlijk de volgende vraag stel: wat is er wel nodig om dit te kunnen nastreven, dan zou jij... Dan...

Mw. van der Kaaden: Ja, de omgeving...

Aukje: Ja.

Mw. van der Kaaden: Ja.

Aukje: Ja, precies. Dus die zo nauw betrekken bij de eh, therapie dat zij eigenlijk die generalisatie kunnen ehmm...

Mw. van der Kaaden: Ja, ja, meedoen (Aukje: Ja) en, en dat doe je samen want ja, die ander moet ook oefenen, want die vindt het ook spannend en die vindt het ook eng dus eh, je bent dan ook meteen met zijn tweeën aan het oefenen.

Aukje: Ja, ja. Heel duidelijk. Oké. Ehm, dan heb ik nog een vraag over naja stoornissen op het gebied van cognitie, emotie en gedrag, je hebt ze net ook al even genoemd (Mw. van der Kaaden: Hmhm). Ehmm, ja wat zijn volgens, volgens jou de, de ja de stoornissen die, die toch wel het meeste invloed hebben op de therapie? Op dat gebied?

Mw. van der Kaaden: Eh, nou dat is een eh boeiende vraag. Want ik denk dat er heel veel verschillende eh, cognitieve problemen zouden kunnen zijn eh, en daarnaast denk ik ook gewoon emoties, niet zozeer door het letsel maar gewoon ieder mens (Aukje: Ja) eh, als je iets eng vindt, dan eh is het moeilijk om dat te doen. Iedereen vindt veranderen lastig.

Aukje: Hmhm.

Mw. van der Kaaden: Ehhh, en daarbij denk ik dat veel mensen met hersenletsel toch op het gebied van executieve functies, dus eh, plannen, eh, eh, sensibiliteit, ehm, ja, meer moeite hebben dan wij.

Aukje: Ja.

Mw. van der Kaaden: Het standaardvoorbeeld is altijd als wij een Rusland een brood ko.. willen hebben dan komen we er wel aan.

Aukje: Ja.

Mw. van der Kaaden: En waarom kan die afasiepatiënt nou niet zelfstandig bedenken, als ie niet kan praten dat ie in de bakker dat brood best wel kan pakken?

Aukje: Ja.

Mw. van der Kaaden: Dus, nou, ja, ik denk dat daarin eh ehhh flexibiliteit wel een groot probleem is en ik denk, ja het is natuurlijk toch ook eh, eh, ja, angst is dan misschien de basis, schaamte, hè, en toch ook ehhh, dat je er niet meer bij hoort of dat ze je voor gek aan zien.

Aukje: Ja.

Mw. van der Kaaden: Dus daar zit denk ik ook een heel groot stuk van ehhh, de begeleiding, want ik denk dat als je mensen weerbaarder maakt, ehhh, meer het gevoel geeft dat ze iets waard zijn en dat ze best ehhh nog een heleboel dingen kunnen, dat het dan geen bal uitmaakt of je nou een woord verkeerd zegt of het even niet meer weet (Aukje: Nee) maar dat je dan de situatie wel aangaat.

Aukje: Ja, ja precies.

Mw. van der Kaaden: Dat is volgens mij meer krachtig dan zevenhonderd keer dat woord te oefenen.

Aukje: Ja, Ja. Nee, heel duidelijk. Dus eh als de volgende vraag dan zou zijn ehm, is er ook een contra-indicatie op dit gebied voor functionele therapie? Zijn er ook, naja, stoer... (Mw. van der Kaaden: Ja) Ja, je snapt de vraag, ja.

Mw. van der Kaaden: Ja, nee, dat denk ik niet. Nooit. Iedereen wil leven dus, in die zin denk ik eh...

Aukje: Maar als je echt...

Mw. van der Kaaden: Ik heb wel eens vaker meegemaakt dat mensen juist stoornisgerichte therapie, functiegerichte therapie hoe je het maar wil noemen, ehm, niet eh wilden, omdat ze de logica er niet van inzagen.

Aukje: Ja.

Mw. van der Kaaden: Maar als ik zei: ja maar eh hh wil je je kattenvoer kopen of wil je weer eh m, mevrouw die handelde zelfs in katten want die fokte ze, wil je dat weer kunnen? Ja, dat wilde ze weer kunnen, nou ja dat was de motivatie om andere dingen dan te doen.

Aukje: Ja.

Mw. van der Kaaden: Dus ik denk dat d'r eigenlijk best een motivator is voor elke therapie. Zorgen dat het voor de patiënt een zinvol iets is of leidt tot iets zinvol, en dat is altijd iets praktisch.

Aukje: Ja, oké. Ehmmm, als laatste vraag ehmmm, gaat over computertechnologie, eh, je gaf net al aan dat je benieuwd bent dat hoe het over tien jaar eh hh gaat met de iPad en de naja de nieuwste digitale ontwikkelingen eigenlijk (Mw. van der Kaaden: Ja), maar van de Sandt en Koenderman ging, ging zelfs zo ver in een artikel dat die zei ehmmm dat de computertechnologie toch wel een gedeelte van de behandeling zal gaan overnemen, dat wij als logopedist een, een coachende rol zullen hebben. Wat eh hh, welke ideeën heeft u hierover?

Mw. van der Kaaden: Nou, ik denk dat we die kant wel opgaan, als je kijkt dat bij ons bijvoorbeeld nu in het centrum een groot project loopt over IELT, en dat het daarbij gaat om therapie op afstand (Aukje: Ja) en als je bedenkt dat ik in Friesland werk waarbij mensen soms een reisafstand hebben van meer dan een half uur om eh voor therapie te komen, denk ik eh dat het wel een weg is die we in gaan slaan, en hoe die uitpakt voor mensen met een afasie, daar ben ik wel nieuwsgierig naar. Ehmmm, met dat mensen al gewend zijn aan een Skype eh hh, nou ja Facechat noem het maar op, wordt het denk ik laagdrempeliger. En eh m, ja, ik denk dat voor een deel de therapie heel prima op afstand kan. Zeker als je die coachende rol gaat nemen, want dan ga je vragen: en hoe ging het... toen en toen? En wat zou je kunnen doen zodat het de volgende keer nog beter gaat?

Aukje: Ja.

Mw. van der Kaaden: Dan hoeft je niet te oefenen maar dan ben je veel meer aan het eh, eh, de voorwaarden aan het eh optimaliseren, zodat iemand zijn eh, z'n, z'n, z'n eh hh, zijn oefening kan doen.

Aukje: Ja, ja, duidelijk. Oké. Ehm, nou dit waren wel een beetje de eh m, eh hh de vragen die we opgesteld hadden. We hebben nog een aantal algemene vragen, ik kijk heel eventjes, eh m, aangezien de tijd ook (Mw. van der Kaaden: ja, kan nog wel) welke ook... Ja kan nog wel even oké.

Mw. van der Kaaden: Ja, kan nog wel even.

Aukje: Ehm... even kijken hoor.

Nicole: Hier, wat is er nodig...

Aukje: Ja. Nou eigenlijk is het dus zo dat wij eh m in ons onderzoek ook heel erg benieuwd zijn naar waar nou eigenlijk een beetje dat gat zit. We hebben, we zijn de, we maken, we zijn de huidige situatie in kaart aan het brengen (Mw. van der Kaaden: hmhm) en daarnaast de ideale situatie, eh m, en daartussen in, nou merken we nu al, zit een, zit een gat wat, naja

daar mist nog het een en ander. Ehm, hoe ziet, hoe ziet u dat voor zich? Zeg maar wat, wat, wat mist er volgens u op dit gebied?

Mw. van der Kaaden: Ehm, nou ik moet zeggen dat ik nog eh, heel af en toe eens op de opleiding kom en ook wel eens praat met mensen op de opleiding en zelf ooit in een ver verleden nog wel eens les heb gegeven op een opleiding en dat afasie sowieso, dat het natuurlijk niet een, een heel groot onderdeel is van de logopedische opleiding.

Aukje: Hmhm.

Mw. van der Kaaden: Ehm... en dat ik denk dat participatiegerichte benadering niet voorbehouden is aan afasietherapie. Dat kan je ook bij stotteren doen, dat kan je ook bij spraakproblemen doen. Dat maakt volgens mij niet zoveel uit.

Aukje: Ja.

Mw. van der Kaaden: Maar dat er eh op de opleiding ehm nog weinig ehm inzichten vanuit nou ja, hoe kan je nou coachend zijn als therapeut, hè, in plaats van de meer, de, de, de, de meester of de juf, wat we toch vaak zijn... (Aukje: Ja) Ehm, dat dat nog weinig, weinig in de opleiding zit en ik zou het wel willen stimuleren dat daar meer aandacht voor zou komen, en voor iedereen die dat dan niet meer heeft kunnen doen, zou ik zeggen er zou veel meer eh aanbod in eh opleidingen moeten zijn eh, waarvan het duidelijk is dat van ja jongens, dit is ook een logopedische vaardigheid. Want er zijn best opleidingen over hulpvraagverheldering eh eh eh eh eh eh meer coachend eh therapie geven maar meestal zien logopedisten dat niet als voor hun relevant.

Aukje: Ja, oké. Ik, ik, het is heel duidelijk alleen ehm, ehm u heeft het dan heel erg over opleidingen zeg maar, die ehm naja zoals de opleiding gewoon in Utrecht of waar dan ook in Nederland dat ze zich daar meer op moeten zouden richten. Ehmmm, maar in de therapie zelf, eh eh, wat, wat zou daar geoptimaliseerd kunnen worden zeg maar?

Mw. van der Kaaden: Ja, ik denk toch meer de samenwerking tussen de patiënt en de therapeut in het formuleren van eh zinvolle doelen voor de patiënt.

Aukje: Ja, want u denkt niet als ik, als ik zo eventjes kort, als ik het zo mag zeggen dat er echt nog iets mist als in een ehm, materiaal, of, of, of ehm instrumenten of het is, het gaat echt puur om die communicatie tussen, tussen twee mensen eigenlijk?

Mw. van der Kaaden: Ja, ja.

Aukje: Ja.

Mw. van der Kaaden: Ja, ik ehm ja ik ben ervan overtuigd dat het hem niet zit in middelen, nee, dat daar geloof ik niet in (Aukje: Nee). Eh eh, ik denk dat eh als je weet wat je wil dat het niet meer uitmaakt dat je wat je gebruikt. Dan, dan is alles zinvol. Dan kan het zijn de krant van gister, of eh, eh, eh eh, nou wat zullen we zeggen, de planningslijst van, of de kalender van thuis, en ik zie niet echt in een map met oefeningen. Op dat niveau (Aukje: Nee). Nee.

Aukje: Oké, heel duidelijk, ja. Nou ik denk dat het heel duidelijk is ehm, wat u allemaal verteld heeft. Ehm, even kijken, nou ik ben zelf nogal benieuwd naar de vraag en dat is meer eigenlijk interesse, ehm, naar wat, wat u nou zo aanspreekt in deze therapie zeg maar, in

deze fase ook van, naja participatiefase en ehm naja hoe het is om daar eigenlijk ook die cursussen in te geven?

Mw. van der Kaaden: Ja ehm, ehm ja dat is een mooie vraag. Ehm, ik ben al 20 jaar logopedist nou ik ben nu even niet maar in hart en nieren ben ik het natuurlijk wel. (Aukje: Ja) En mijn drijfveer is altijd geweest ehm dat ieder mens ehm eh zelfstandig of in ieder geval waardevol in het leven mag staan.

Aukje: Ja.

Mw. van der Kaaden: En ik heb altijd moeite gehad met oefeningetjes op woordniveau waarvan ik dacht: ja, en dat is dan leuk, maar wat kan iemand nu dan beter? Eh, terwijl op het moment dat ik werk aan iets waarvan hijzelf zegt van: ja als ik dit weer kan dan voel ik mij gewoon veel beter, prettiger, dan kan, dan durf ik weer meer. Dan ehm, ja, dan geeft het mij ook veel meer bevrediging als therapeut.

Aukje: Ja.

Mw. van der Kaaden: Dus het was voor mij een soort ehm eh ja motivatie ook. Ik vind het bevredigender werken.

Aukje: Ja, nee, logisch. Ja, mooie, mooi gezegd, ja. Nou ik wil u hartelijk bedanken voor eh naja alle informatie die we, die we mochten krijgen van u.

Mw. van der Kaaden: Dankjewel.

Aukje: Ehm...

Mw. van der Kaaden: Graag gedaan.

Aukje: Ja, ik ehm... we willen natuurlijk sowieso graag nah we hebben eigenlijk voor ook leuk voor iedereen chocolaatjes maar dat is nu een beetje lastig (Mw. van der Kaaden lacht: je mag hem opsturen). Ja, dusse... Maar we willen wel graag ook de scriptie de resultaten opsturen eh hh naar u.

Mw. van der Kaaden: Ja, dat vind ik leuk. Ja.

Aukje: En ehm... we zijn nog een beetje over digitaal of offe of hardcopy, hoe we dat gaan doen. Ehm, dus naja, we nemen tegen die tijd wel even contact op via de mail. Nog als laatste vraag ehm... Mogen we uw naam gebruiken in ons, in ons eh verslag?

Mw. van der Kaaden: Ja hoor, dat is geen punt.

Aukje: Oké, super. Dan kijk ik nog even naar mijn studiegenootje of alles nu gevraagd is?

Nicole: Stel dat we nou nog een hele dringende vraag...

Aukje: O ja. Stel dat er nou een heel dringende vraag in ons opkomt, mogen we u nog een mailtje sturen?

Mw. van der Kaaden: Ja hoor, dat kan. Ik ben de komende dagen even niet aanwezig, maar eh volgende week ben ik er weer (Aukje: Oké) dus dan eh dan kan het weer.

Aukje: Oké.

Mw. van der Kaaden: Ja, ja.

Aukje: Nou, heel erg bedankt.

Mw. van der Kaaden: Graag gedaan.

Aukje: Enne, we hebben er heel veel aan gehad. Fijn dat we u nog even konden spreken.

Mw. van der Kaaden: Ik ben heel nieuwsgierig naar jullie resultaat, succes met uitwerken en zo (Aukje: Ja) enne nou doe er iets goeds mee en zorg dat het niet ergens in de kast komt te liggen hè

Aukje: Nee, zeker niet.

Mw. van der Kaaden: Want dat is altijd spannend.

Aukje: Ja oké, vriendelijk bedankt. Oké, tot ziens, dag!

Mw. van der Kaaden: Hoi.

BIJLAGE 10 TRANSCRIPTIE INTERVIEW MW. VERSCHAEVE

Nicole: Waar wij mee bezig zijn is uhm onderzoek te doen naar de functionele afasietherapie hier in Nederland. En uhm wij zijn eigenlijk aan het kijken van wat nu de huidige situatie is van de afasietherapie die hier in Nederland wordt gegeven en wij dus ook aan het kijken naar wat een soort van ideale situatie is en daarbij kijken we dus ook naar wat er in het buitenland geschreven wordt over functionele afasie therapie. En of er überhaupt ideale therapie is. En wij hebben een opdracht gekregen vanuit Reade.

Mw. Verschaeve: Reade is een zorgaanbieder denk ik hè?

Nicole: Ja, dat is een revalidatiecentrum in Amsterdam. En zij hebben ons deze opdracht gegeven omdat zij in de kwaliteitskring bezig zijn met...zij willen een soort van een map hebben die gebruikt kan worden in de functionele therapie. En deze opdracht is zo gevormd door school zodat het een afstudeerproject kan zijn. Dus wij zijn begonnen met een literatuurstudie en daarbij hebben wij ons vooral gericht op de huidige situatie en de ideale situatie. En daarnaast willen wij graag experts zoals u interviewen over wat uw mening is van de ideale situatie. En ook over de huidige situatie. Daarnaast interviewen wij ook logopedisten die werkzaam zijn in afasiecentra, die vooral kilometers hebben gemaakt op het gebied van het geven van functionele therapie. En om te kijken wat daar nu de huidige situatie van is en meer ook wat hun ervaringen zijn van de huidige afasietherapie.

Mw. Verschaeve: Wat verstaan jullie over functionele afasietherapie?

Nicole: Ja, dat is een goeie. Wij hebben daar natuurlijk heel veel over nagedacht en veel over gelezen. Hoe wij het nu zouden omschrijven is het een therapie gericht op activiteiten- en participatieniveau van de cliënt, waarin de cliënt een soort van handvatten krijgt om een soort van te roeien met de riemen die hij heeft, om zo wel goed te kunnen participeren in het dagelijks leven.

Mw. Verschaeve: Dus het gaat als ik het goed begrijp om strategieën om beter met de stoornis om te gaan. Om te leren leven met de beperking. Jullie casus liet dit niet gelijk uitschijnen namelijk. Want daar heb je gelijk al een hele praktische wens.

Nicole: Ja het is ook aan de hand van de hulpvraag van de cliënt.

Mw. Verschaeve: Want wat bij functionele therapie denk ik een hele belangrijke is is dat dat hij in vraag of dialoog gestuurd is. Ik kan 101x functionele therapieën bedenken, maar op het moment dat de cliënt daar geen hulpvraag bij heeft is hij niet functioneel. Hij zal er dan in de praktijk niets mee doen. Ik ga een voorbeeld geven. Op het moment dat in de revalidatiefase een ondersteunend hulpmiddel aangereikt wordt, is die voor die fase best functioneel. Maar ga je een maand later kijken en het functioneren van die cliënt is veranderd, dan is wat er toen gebeurd is allang niet meer functioneel. Dus functionele therapie als die gaat om strategieën die je aanleert die mensen dus zelf kunnen vertalen naar het dagelijks leven, waarin zij een basis legt. Maar als functionele therapie kunstjes leren is dan blijft het dus niet functioneel. Dat maakt het lastig. Dan zie je in de revalidatiefase bijvoorbeeld TouchSpeak aangevraagd wordt. En dan in die situatie is dat hartstikke functioneel, want de cliënt kan nog niets. Maar als je een half jaar later in een afasiecentrum gaat kijken en navraagt hoeveel mensen van toen nu nog TouchSpeak gebruiken is dat nihil, want die liggen

allemaal in de koelkast. Bij wijze van spreken. Niet letterlijk dan, maar ja. Want het hulpmiddel zoals het toen is ingericht voldoet niet meer bij de functionele eisen van nu.

Nicole: Dus als ik het eigenlijk goed begrijp geeft u weer dat de functionele therapie dus eigenlijk elke keer gericht moeten zijn op wat de cliënt op dat moment, of voor een bepaalde periode is het maar functioneel.

Mw. Verschaeve: Uhm ja, met uitzondering van die functionele therapieën die gericht zijn op het aanleren van strategieën en dan moet je wel cliënten hebben die geen executieve functiestoornissen hebben. Want op het moment dat je dus met en daar zit dus al de beperking van afasietherapie. Want afhankelijk van de stoornissen en de beperkingen zul je anders werken met een andere termijn van doelstelling. Op het moment dat mensen dus ernstige executieve functiestoornissen hebben weet je dat je eigenlijk altijd op de korte termijn moet werken. En dat je dus op het moment dat er een veranderde situatie is dat je dan opnieuw moetijken. Heb je dus iemand die dus wel een heel ernstige taalstoornis heeft, een ernstige afasie, maar geen executieve functiestoornissen dan zal je merken dat de strategieën die die hier leert dat hij die zelf gaat veranderen en toepassen. En dat maakt het onderwerp zo lastig. Dat maakt denk ik ook die vergelijkingen vanuit de literatuurstudie heel lastig.

Wencke: Ja iedereen zegt eigenlijk weer iets anders. Het is heel lastig om een goeie conclusie daar uit te trekken.

Mw. Verschaeve: Ik denk dat het heel belangrijk is dat jullie daar een onderscheid in maken tussen uhm afasietherapie strekt als taalstoornis of zeg maar therapie bij afatische mensen, waarbij je zowel de taalstoornis als de executieve functiestoornissen in meeneemt. De apraxieën de agnosieën (...) executieve functies. Die spelen natuurlijk ook een rol.

Nicole: Ja en ook een grote rol. Vaak is die nog belangrijker dan de taalstoornis zelf.

Mw. Verschaeve: Ja want ik ken mensen met een heel ernstige globale afasie die best zelfstandig kunnen functioneren met minimale steun van mantelzorg. En ik ken mensen met hele lichte afasieën die dag in dag uit begeleid moeten worden in hun functioneren.

Nicole: U geeft nu eigenlijk een heel mooi voorbeeld van wat de functionele therapie in zou houden, en inderdaad wij hebben heel veel verschillende dingen gelezen en daar wordt eigenlijk geen eenzijdig kaartje aan gehangen. Maar stel dat u in een, nou laten we zeggen twee zinnen een definitie zou mogen geven, hoe zou die dan luiden?

Mw. Verschaeve: Als je hem vat in.. kijk ik ga jullie huiswerk natuurlijk niet helemaal maken.. maar als je hem dus vat in het omgaan en strategieën leren om beter om te gaan met de stoornissen en beperkingen, dan heb je hem. Want dan heb je dus in je definitie vervat dat je eerst je stoornissen en beperkingen in beeld brengt en je doelstelling is het vergroten van de mogelijkheden op activiteiten en participatie te vergroten. Dan heb je hem.

Nicole: Mooi. Dan is hij dus alles omvattend.

Mw. Verschaeve: Ja dan is hij alles omvattend want dan heb je en je stoornissen en beperkingen in beeld gebracht en je vraag gestuurd zijn. Want je doelstelling, je smart doelstelling, die komt van de cliënt uit.

Nicole: Ja zeker.

Mw. Verschaeve: Dat denk ik dat twee pijlen zijn die heel belangrijk zijn. En dat is de essentie wat afasiecentra voor bedoeld zijn. Laat ik het dan zo stellen.

Nicole: En als u nou hè inderdaad we hebben het dan over die therapie die echt eigenlijk gericht is op de hulpvraag en rekening houden met alle stoornissen die de cliënt heeft. Op welk moment zou u deze vorm van therapie dan inzetten?

Mw. Verschaeve: Na de revalidatiefase.

Wencke: Wanneer stopt die fase?

Mw. Verschaeve: Dat is van de cliënt afhankelijk. Bij sommige mensen met minimale restverschijnselen kan dat na vier weken zijn.

Wencke: Het is eigenlijk heel hard, heel moeilijk eigenlijk om een lijntje te trekken van hier stopt de revalidatiefase.

Mw. Verschaeve: Ja want als jij een casus hebt met iemand met een heel groot hersenletsel en complicaties, dan is de hele revalidatiefase vaak er op gericht op het verbeteren van de mobiliteit en ADL functies. Want dat betekent dat voor cognitieve functioneren en afasiegebeuren, het taalgebeuren, de revalidatiefase eigenlijk pas in gaat op het moment dat iemand met ontslag naar huis gaat.

Nicole: Ja dat zie je natuurlijk ook vaak dat de cliënt in eerste instantie graag weer wil leren lopen.

Mw. Verschaeve: Ja dat is logisch, dat geeft zijn onafhankelijkheid en het weer naar huis kunnen aan. Dus hoe complexer het hersenletsel en de gevolgen hoe meer die fase langer zal duren. Dat is het gevaar waar zorgverzekeraars ons soms willen toe dwingen, dat om alles in tijdsperioden in DBC's vaste programma's neer te zetten. Je hebt wel vaste programma's, maar ik kan daar niet een tijd aan koppelen omdat dat van heel veel factoren afhankelijk is. En het moet dus ook mogelijk, en zeker met hersenletsel dat mensen zeg maar op een moment dat ze op het niveau van functioneren door herstel of veranderde situatie weer terug mogen.

Nicole: Ja want soms zie je natuurlijk ook dat de cognitieve problemen gewoon zo ernstig zijn op dat moment zelf en dat er bij wijze van spreken op stoornis niveau na een aantal maanden pas weer verbetering komt.

Mw. Verschaeve: Ja of zelfs na jaren. Want zo lang er gezond hersenweefsel is kunnen mensen leren.

Nicole: Ja. Uhm nu hadden we u een casus gestuurd en heeft u tijd gehad om de casus te lezen?

Mw. Verschaeve: Ja ik heb hem wel gelezen, mag ik hem heel even voor me hebben, ik heb hem geprint op de andere locatie namelijk.

Nicole: Wat wij eigenlijk met deze casus willen is eigenlijk een soort van in uw hoofd kijken, van wat gaat er nu in u om. Welke hersenspinsels krijgt u als u de casus leest.

Mw. Verschaeve: Oké wat ik gelezen heb, is dus een talige casus uhm waar ik weinig of geen executieve functiestoornissen kon uit halen. Kan. Kijk als een tekst langer wordt dat mevrouw de informatie vergeet dat is logisch, want dat heb je ook als je zelf moe bent en cursusstof doorneemt moet je ook met aantekeningen werken, dus in hoeverre ja dat mevrouw strategieën geleerd heeft om dat te hanteren. Waar ik een beetje op triggerde was op het dwanglachen en dwanghuilen, wat niet echt past voor mijn gevoel bij pure amnestische afasie met woordvindingsproblemen bij de leeftijd. Dat vind ik iets waar ik van denk van hmm hoe ziet dat NPO er uit?

Wencke: Ja we hebben hem niet helemaal compleet gemaakt, omdat we juist zo benieuwd zijn naar wat er nog mist en wat u nog zou willen weten.

Mw. Verschaeve: Nou wat ik me afvraag is dwanglachen, dwanghuilen, of dat een interpretatie is van degene die de casus heeft neergeschreven of dat het echt zo is. Concentratie, geheugen, kan. Uhm wat ik ook wil weten is het een eenmalige laesie of uhm. Ik mis neurologische informatie. Uhm ik wil weten of het plots is ontstaan of het er langzaam ingeslopen is. Het kan of een PPA zijn of het kan dus een pure amnestische afasie zijn als restverschijnsel op een CVA. Of een bloeding, denk ik niet. Kan, ja, kan. Dus dat zou ik sowieso willen weten. Dat zou mijn eerste vraag zijn. Neurologische informatie.

Nicole: En wat gaat die neurologische informatie u zeggen, dus stel ..

Mw. Verschaeve: Of het een progressief beeld is of niet.

Nicole: Stel het is geen progressief beeld.

Mw. Verschaeve: Het is dus een restverschijnsel na een CVA bijvoorbeeld. Dan zit het waarschijnlijk een heel klein beetje meer aan de achterkant in plaats van aan de voorkant. Geen Broca beeld. Uhm dan heeft die mevrouw een therapie gehad? Dan wil ik weten door wie en waar, afhankelijk daarvan ga ik ook weer kijken. Dus afhankelijk of dat door een vrijgevestigde logopedist gebeurt, het is een vrouw met een amnestische afasie, dus de kans dat iemand gewoon uit het ziekenhuis naar huis is gegaan, door de huisarts een verwijzing naar logopedie heeft gekregen en kan best nog zijn door een logopedist weinig ervaring met afasie. Dan ga ik opnieuw onderzoeken en opnieuw eventueel een stoornisgericht traject inzetten. Om die basisstrategieën goed... komt hier iemand uit de revalidatie en krijg je een hele goede inhoudelijke overdracht mee, ga je niet meer dezelfde doen en al vrij snel je functionele therapie inzetten. En kijken wat voor ondersteuning je kunt bieden om gelijk haar doelen als hoc zelfs te pakken. Wat niet wil zeggen mocht ik een stoornisgerichte therapie alsnog willen inzetten, dat we dus niet tijd vrij maken om dat mailcontact met de dochter om daar strategieën voor neer te zetten. Want het is wat anders als ik het heel stapsgewijs zo opschrijf en haar leer planmatig dat mailen, dan kan ze dat vrij snel op die manier, of ik zoek een vrijwilliger om haar of een buddy om haar daarbij te ondersteunen.

Nicole: Oké, en nou hebben we het heel even gehad over die cognitieve functiestoornissen, nou zijn die hier niet heel ernstig. Zijn er ook cognitieve stoornissen die voor u echt een contra-indicatie zijn voor het geven van functionele therapie?

Mw. Verschaeve: Dat is een moeilijke. Want nou stel dat mevrouw zelf niet zou willen. In het geval dat. Dan denk ik... Stel een situatie, want mevrouw heeft een zeer betrokken partner dat mevrouw niet wil, mevrouw heeft zich er allang bij neergelegd. Die wil dit (de hulpvragen)

wel, maar zodra ze het woord logopediste hoort steigert ze alle kanten op. Dan denk ik dat meneer in een partnergroep wil zien om hem, want als ze aan PACT zouden willen doen zouden ze beiden moeten willen, dus dat op het moment dat mevrouw zegt ik wil niet, dan kan ik geen PACT aanbieden. Maar ik kan hem wel gaan ondersteunen. Met rollenspellen en bewustmaking wat het doet als hij blijft de antwoorden geven. Want hij geeft haar weinig.. als ik het goed lees, weinig kansen.

Nicole: Dus motivatie eigenlijk van de cliënt zelf zou een soort van contra-indicatie zijn voor de therapie.

Mw. Verschaeve: Nee want ik geef wel therapie. Dat noem je dan sociotherapeutische therapie. Je gaat de omgeving zodanig aanpassen dat zij beter kan functioneren. Is dat geen therapie?

Nicole: Dat is wel therapie ja. Alleen dan niet direct aan de cliënt zelf, maar door aanpassingen van de omgeving.

Mw. Verschaeve: Ja, je kunt ook op diverse, ja Rijndam doet dat met name erg sterk, dat de cognitieve therapie hè, je zet op niveau 1 in, hoe ze dat exact formuleren durf ik niet te zeggen. Maar in ieder geval zijn er 3 niveaus. 1 iemand is de prognose dat hij leerbaar is, dan ga je dus echt op de cliënt en zijn gedrag veranderen want dan gaat die omgeving ook wel mee. Tweede is iemand kan het wel leren, maar zal altijd hulp nodig blijven hebben, dus dat betekent dat je dus altijd een tweesporen beleid moet zetten, want anders gaat je therapie niet slagen. En het derde is cognitief is iemand zo beschadigd dat hij niet meer leerbaar zal zijn, dat zal het geval zijn die PPA waarbij een progressief beeld, dan kan je dus niet in gaan steken op die patiënt. Dan frustreer je en kun je alleen maar eindeloos gaan testen en meten hoe iemand achteruit gaat. Dat noem ik geen functionele therapie. Dat betekent dat je alleen op de omgeving insteekt dat zijn drie mogelijke trajecten die je in de functionele therapie kan lopen.

Nicole: En daarbij staat leerbaarheid eigenlijk centraal.

Mw. Verschaeve: Daar staat leerbaarheid en omgeving centraal.

Nicole: En stel iemand heeft echt sterke geheugen problemen en die zou wel heel graag iets willen leren, zou u dat dan proberen.

Mw. Verschaeve: Ja je zou een andere methode moeten gebruiken. Je participerende observatie in eerste instantie is heel erg belangrijk. (...) En van daaruit verwezen werd, laat ik het zo zeggen. (...) Met hele ernstige en cognitieve problemen, waarvan alle professionals gezegd hadden niet leerbaar. De partner, omdat hij via via iemand anders kende die bij ons in zorg verwezen was, het eigenlijk niet mee eens was dat dat ene traject nog niet geprobeerd was. Grote problemen naast de cognitieve problemen waren ook dat iemand dus niet verkeersveilig was en dus de deur niet uit mocht. Dus dat betekent dat je de eerste twee dagen dr echt een sergeant-majoor naast hebt lopen, want ja als iemand daarbuiten loopt en totaal geen verkeersinzicht heeft dan heb je een groot probleem. Want de eerste dag ook gebeurde was dat hij de weg kwijt was in het pand, dat was niet hier maar in het andere pand en dus mannen en vrouwen toiletten dus niet uhm dat onderscheid kon maken. Daar hebben gewoon de eerste ochtend op in gestoken. En je zag 's middags al dat hij voor die twee deuren stond, stil stond, en keek. Dus iemand is leerbaar. Want dat betekent dat je

moet gaan inslijpen dat je dus echt nou ja de Paflof bij wijze van spreken als leerstrategie moet gebruiken. En dus niet drie keer uit moet gaan leggen, want dat gaat hem dus niet worden. Wil niet zeggen dat je niet functionele therapie kunt geven. Waardoor je ziet dat zijn cognitieve problemen minder worden. Inmiddels weet hij feilloos, hij weet je naam niet maar hij weet feilloos bij wie hij moet zijn om iets voor elkaar te krijgen. Hij weet feilloos wie de logopedist is waar dat talige stuk te halen valt en waar de medewerker is (...) dat betekent dat je een ander soort activiteit in gaat zetten. Het opeenvolgen van handelingen gewoon met foto's wordt bij kooktraining gedaan. En wat heeft dat dan met afasietherapie te maken? Ja nou ja niets en toch weer alles. Je kunt een praktische handeling die zijn interesse, want dat deed hij graag want daarom kiezen we voor koken en zochten we naar iets wat hij zelf mistte en in zijn eigen woonomgeving mocht het niet omdat het niet veilig is, dus dan kun je dat goed onder begeleiding doen. En dat je gewoon protocollen pakt, zoals eerst handen wassen, handschoenen aantrekken, nou ja goed. En steeds minder instructies gaat geven om te kijken of hij dat oppakt. Dus een map, een schrift waar de handelingen in, je zou het ook met een iPad kunnen doen (...)

Nicole: Maar eigenlijk als ik het goed begrijp, is iemand cognitief, ondanks zijn cognitieve stoornissen altijd..

Mw. Verschaeve: Zolang er gezond hersenweefsel is. En er motivatie is om te willen leren. Op het moment dat die persoon binnen komt en zegt ik wil niet, dan houdt het op. Dan houdt het echt op. En die cliënten hebben wij ook wel gehad. Waar ze bij het intake gesprek heel gemotiveerd zijn en ja ja ja ja ja ik wil, maar verwachten op het moment dat ze binnen stappen van mannen open u het komt vanzelf. Dan werkt het niet.

Nicole: Nee precies. Oké heel duidelijk. Nou zijn in deze casus de hulpvragen al heel mooi gegeven.. mevrouw kwam binnen en wist precies wat zij wilde..

Mw. Verschaeve: Wat ik toch, nee ik ben het er niet helemaal mee eens, want wie heeft de hulpvraag geformuleerd. Komt deze van haar man of van haar zelf? Kijk ken je het boek van uhm heb ik een probleem dan? Van de psycholoog, hoe heet hij ook alweer? Hij maakt onderscheid tussen 4 cliënt categorieën. De voorbijganger, de zoeker, de cliënt en de ervaringsdeskundige noemt hij anders. Ken je dat boek?

Nicole: Nee dat zegt ons zo niets.

Mw. Verschaeve: Dat moeten jullie gelezen hebben. Het is echt een aanrader. Heb ik een probleem van Arno Prinsen. Hij heeft ook een lezing gegeven op het (...), dus als je patiëntenvereniging het (...) van twee jaar geleden, als je die nog kunt vinden, daar staat zijn lezing in op PowerPoint. Er staan ook wel, hij heeft ook wel een boekje gepubliceerd, waarschijnlijk ook.. het boekje heet heb ik een probleem dan. Arno Prinsen, echt een aanrader. Daarom kom ik er ook op, omdat iemand die dus weinig ziekte-inzicht heeft, dat is een zoeker of een voorbijganger, die kun je dus nog niet gelijk confronteren maar wat wil je hier komen leren? Dan ben je al op cliënt niveau. Maar dan is vaak de omgeving die dan hulp stuurt. En op het moment dat die twee uit elkaar liggen, betekent zal je ook weer je therapie moet aanpassen.

Nicole: Dus u geeft ook aan dat de omgeving eigenlijk ontzettend belangrijk is.

Mw. Verschaeve: Ja. En zeker bij functionele therapie.

Nicole: Ja en die kan dus inderdaad ook in het formuleren van de hulpvraag een rol spelen.

Mw. Verschaeve: Ja en ook een stukje ondersteuning. Uhm kijk ja uhm meneer is hier zeer betrokken, maar hij vult het voor haar in. Doet hij dat alleen op praten of doet hij dat op alles. Hoeveel ruimte krijgt zij. Is het thuis een participerende.. heeft iemand ze ooit samen aan het werk gezien? Mevrouw heeft hier kleinkinderen, een dag in de week zorgde ze voor haar, maar zorgde ze in haar eigen omgeving of bij die dochter thuis? Dochter of zoon, twee dochters ja ik ga nou gelijk uit van die dochters.. maar dat zijn wel dingen die van belang zijn om helder te krijgen. Wat kan ze nog zelf? Hoeveel inzicht heeft ze zelf? Dat mis ik.

Nicole: En hoe zou u de omgeving dan het liefst betrokken willen hebben bij de therapie zelf? U gaf net aan als ...

Mw. Verschaeve: Dat is dus afhankelijk van hoe het echtpaar functioneert samen. Wordt zij dus klein gehouden en onderdrukt als het ware, krijgt zij dus geen ruimte om te leren zal je daar in op moeten steken. Op basis van deze casus kan ik er te weinig mee, weet ik dus niet.

Nicole: Oké, maar als u in het algemeen denkt, hoe ziet u dan de omgeving het liefst er helemaal bij betrokken?

Mw. Verschaeve: Uhm ja het meest praktische is een stukje thuisbegeleiding kijken, participerende observatie. Maar het kan ook goed in gesprekken. Kijk heb je een partner met heel veel ziekte inzicht dan heb je voldoende aan gesprekken. Want dan kom je er snel genoeg achter op basis van haar veranderde gedrag, of het echt klopt wat er gezegd wordt of dat uh ja hoe is het thuis gegaan en jij zucht, dan weet ik dat zijn verhaal niet stemt met dat van jou. En dan zou je gezamenlijk wat moeten laten doen dan komt hij gewoon mee. En dan maak je een weekschema. En maak je afspraken. En laat je ze allebei turven of aankruisen op een checklist en nou ja afspraken die gemaakt zijn kloppen die of kloppen die niet? Eigenlijk is het hetzelfde wat je als logopedist doet bij de taal en spraakontwikkeling met kinderen.

Wencke: Ja en met de ouders.

Mw. Verschaeve: Ja het is niet anders. En we moeten echt af van de afasietherapie achter het bureau en oefeningetjes maken.

Nicole: Ja dat wordt ook heel erg geschreven door Hopper & Holland en Worrall dat we achter het bureau weg moeten en dat we ook meer bij die generalisatie naar het dagelijks leven betrokken moeten zijn.

Mw. Verschaeve: Ja. En dat wil niet zeggen dat we dag in dag uit als dure professionals mee lopen hè, dat hoor je mij niet zeggen. Je moet het zodanig organiseren dat je de controle hebt en je dus de strategieën uitzet en de ander voert het uit. Anders is onze gezondheidszorg binnen 3 jaar helemaal wegbezuinigd. Dat betekent dat we veel meer dat sociale netwerk moeten gaan inzetten. Want wat we in de gezondheidszorg doen en dat zie je vooral bij ouderen. Hier is die mevrouw ook 67 hè, in een situatie dat dus niet acuut ontstaan is hè, maar het eigenlijk al een poosje aan de gang is. Ga je zien dat manlief eigenlijk de rol van mantelzorger heeft overgenomen. Zijn kennis is onontbeerlijk. Zo'n iemand komt dan mee naar therapie en wat zeggen wij: wij nemen het wel over. En alle kennis en ervaring die hij heeft die vegen we gewoon onder de tafel. En dan vervolgens

gaan wij het een keer uitzoeken en gaan wij hem vertellen hoe hij het hier moet doen. Dat is toch van de zotte?

Nicole: Ja want uiteindelijk is hij degene..

Mw. Verschaeve: Ja dus wat er moet gebeuren is meenemen, die bron van informatie en dus samen bespreken en uitzoeken wat maakt dat wat u nu geprobeerd heeft wel of niet werkt. Wat maakt dat uw partner nou zo boos wordt? Als u helpt. Waarom gaat ze ineens gooien met de glazen? Dit is een casus die hier heel erg op lijkt. Ja, ja ik heb wel gemerkt dat als ik niet voordoe en er niet over praat dat het beter gaat, dus ooohh ja. Dus ik moet het niet 100 keer zeggen, maar gewoon een keer laten zien. Heeft u dat al geprobeerd? Nee eigenlijk niet. Als u dat nou eens de komende weken probeert en volgende week komen we terug en kijken we of dat werkt. Daar leert hij van. Maar zij gaat ook vooruit. Want zij hoeft niet meer zo boos te zijn, waardoor ze open staat voor nieuwe ervaringen. En daar gaat het om. Je bent dus eigenlijk en dat is wat onze opleiding, en onze is dan de logopedie opleiding, nog te weinig in zich heeft, we moeten veel meer coachen. In plaats van top-down werken echt coachen. En we zouden veel meer als coach opgeleid moeten worden. En dat zie je dus wel in de stottertherapie gebeuren (...), waar je dus vakken krijgt over dat stuk, maar zodra het over afasietherapie gaat dan weten we het beter (...)

Wencke: Wij krijgen inderdaad in de opleiding veel over BOX, Fiks, NAT en ook zeker dat er functionele therapie bestaat, maar inderdaad met de stotteren leer je veel meer over de begeleiding van de cliënt.

Mw. Verschaeve: Ja. Pak die kennis nou en pas hem hier toe. En dan zijn we goed bezig. Want we zijn toch Hbo'ers? Het zou toch van ons mogen verwacht worden dat we de kennis die we daar leren ook hier toe kunnen passen? En dat we niet klakkeloos doen wat de linguïsten verzinnen? Ik ben er zelf ook een hoor.

Nicole: Ja precies, duidelijk. Ik wil nog even terugpakken op de hulpvraag van de cliënt. Vaak wordt, wij hebben geleerd dat we dan de ICB erbij pakken of de BIPAC en dat we met behulp van deze meetinstrumenten de hulpvraag kunnen uitvragen, maar uit de literatuur blijkt dat dat dan ook de beste methode zou moeten zijn. In de praktijk, of uit onze praktijk blijkt dat dat nogal weinig gebruikt wordt.

Mw. Verschaeve: Ik ben niet kapot van de BIPAC en de BEBA

Nicole: Uhm en wat maakt het dat u daar niet zo kapot van bent?

Mw. Verschaeve: Omdat het van achter een bureau bedacht is. Dat maakt, het punt waar het echt om gaat bij de cliënten dan is het beter communiceren, dat is zo'n onderdeelje (heel klein). En we gaan zo'n onderdeel doen (groot), over winkelen terwijl iedereen allang een strategie heeft en weet die stukken pak ik en daar reken ik het mee af. En ik hoef geen woord te zeggen. Openbaar vervoer idem dito. Kaartje kopen, dat is toch niet meer van deze tijd? Jongens kom op. Dat zit hem dan nog meer in de executieve functies dan in het verbale.

Nicole: En maar, hoe zou u dan de hulpvraag uitvragen bij de cliënt?

Mw. Verschaeve: Zorgleefplan methodiek? Zorgleefplan? Dat betekent dus dat je de cliënt als zijn geheel bekijkt in zijn systeem. Zelfredzaamheidmatrix?

Wencke: Ja dat zorgplan hebben ze inderdaad bij mijn stage gebruikt, waarin alle disciplines een hoofddoel hebben en daaronder hun eigen doelen zetten.

Mw. Verschaeve: Ja en het probleem is dus zeg maar dat in de eerste revalidatiefase kun je nog niets met het zorgleefplan, omdat het zorgleefplan eigenlijk een zorgplan is wat uitgaat van de behoefte van de cliënt en wat hij het liefste wil. Nou in als dat de acute fase is, is dit de revalidatiefase (geeft links en rechts aan als gebaar op tafel). Wat ik hier eigenlijk nog wil is het leven zoals het eerst was hè. Dus hier kun je er nog niets mee, omdat mensen nog heel erg moeten gaan wennen aan het idee dat het niet meer zal worden wat het vroeger was. Ja, en dat ook wij niet kunnen voorspellen in hoeverre dit haalbaar is of dat er echt gigantische blijvende beperkingen zullen zijn. Maar op het eind van deze fase, kun je natuurlijk wel in verschillende leefgebieden inventariseren en dan gaat het over wonen in leefgebieden, want waar woont iemand, kan iemand weer in zijn eigen omgeving gaan functioneren of is verhuizen verplicht? Wat is zijn sociale netwerk, hoeveel steun is daar van te verwachten? He, stel dat hier nou twee kinderen in Australië zouden wonen en manlief is alleen en blijkt hartpatiënt te zijn, krijg je een andere situatie dan wanneer een dochter om de hoek woont en.. ja.. dus dat is iets wat je op dat gebied in kaart brengt. Dan krijg je het gebied van mentaal welbevinden. Dus alle cognitieve mogelijkheden maar ook beperkingen worden daarbij in beeld gebracht en de ernst van de afasie, apraxie, agnosie, executieve functies. Depressief of niet depressief. Coping strategieën. Dan krijg je het lichamelijk welbevinden. Is het sec of zijn er meerdere problemen? Heeft die mevrouw bijvoorbeeld ook nog diabetes? Waardoor die curven heel wisselend zijn, of heeft ze epilepsie? Nou noem het maar op. En dan ten slotte heb je participatie. Wat voor persoon was het altijd, dat staat hier niet echt verwerkt, en is dat haalbaar, activiteiten begeleidster in het plaatselijk verzorgingstehuis, om dat weer op te gaan pakken. Of is dat door de vorige domeinen echt niet haalbaar. Dat is participatie. En als je al die domeinen uitvraagt en in kaart brengt, dan kun je vaak een prognose stellen van wat wel kan en wat niet kan.

Nicole: En dan brengt u eigenlijk de hele situatie van de cliënt in kaart.

Mw. Verschaeve: Ja samen met de sociale omgeving.

Nicole: Samen met de sociale omgeving en eigenlijk op basis daarvan worden ook doelen opgesteld?

Mw. Verschaeve: Ja.

Wencke: Ja ik dacht dat er altijd een behoefte was, een doel opgesteld werd en daar wordt ook beschreven wat de interventie zou zijn.

Mw. Verschaeve: Ja en dan ga je opnieuw evalueren op het moment dat dat het anders wordt.

Nicole: En dat evalueren gebeurt dan ook weer met en de cliënt, en de omgeving en de zorggevers. Het zorgleefplanbespreking. Denk u dat dat ook de ideale situatie zou zijn of denkt u dat er nog iets veranderd zou moeten worden?

Mw. Verschaeve: Kijk of je het nou zorgleefplan noemt of hoe dan ook doet er niet zo toe, maar in het activiteitscentrum gebruiken we iets anders, en kijk naar die zelfredzaamheidmatrix, daar zie je weer dezelfde elementen in voorkomen, ze zijn alleen een beetje anders geordend.

Nicole: Oké en daarbij zou eigenlijk ook juist door die goede communicatie tussen en de cliënt en zijn omgeving en de zorgaanbieders zou dus eigenlijk ook dat er vaak een gat ontstaat tussen de hulpvraag van de cliënt en de doelen die opgesteld worden door de logopedist...

Mw. Verschaeve: Dan zijn ze dus niet gezamenlijkheid opgesteld. Daar heb je hem.

Nicole: Daar zou dan de oplossing dus ook zijn.

Mw. Verschaeve: In dit geval van de casus hè, van ik wil het mailcontact met mijn dochter in Australië weer oppakken. Nou door leefsituatie, ik woon in Nederland ik heb een internetaansluiting, dus die voorwaarden zijn allemaal voldoen. Geen financiële belemmeringen, dat de geldkraan dicht moet en het abonnement opgezegd, dat zijn allemaal factoren die je eerst in kaart moet brengen. Die helemaal niets te maken hebben met het hersenletsel, maar wel voorwaarde scheppend zijn. Uhm de computer staat ook beneden, niet boven op een slaapkamer waar ze wel of niet bij kan. Ik noem maar wat. Vervolgens moet je gaan onderzoeken cognitief functioneren, praktisch, kan ze een computer aan en uit zetten. Kan ze de muis bedienen. Puur dat technische computer gebruik is natuurlijk, maar we gaan er nog steeds vanuit dat dat in orde is. Dat dat terug is, dat heeft ze geleerd. Ze kan de mails lezen, maar waar ze op vastloopt, is dat ze ze niet kan beantwoorden. Want ze wil dus niet die twee woordkreten richting dochter Australië doen, het moet beter zijn het moet goed zijn. Want ze heeft het probleem, schrijven. Want ze is het plezier in schrijven deels verloren. Als ik het puur letterlijk lees zou ze moeten zinnen kunnen schrijven. Maar wat maakt dat ze het plezier in het schrijven verloren is. Dus daar, daar moet je even op inzoomen. Wat maakt, kan ze woorden schrijven, ze heeft woordvindingsproblemen, heeft ze iets aan gespreksboek aangepast dan wel met basiszinnen, waardoor ze uit kan putten, stukjes in een agenda alvast voorgeprogrammeerde mails waardoor ze een leuke aanhef heeft. Snap je hem? Hier kun je op in gaan zoomen. Stel je nou voor dat het niet dat het het plezier is, maar dat het dieper gaat en dat ze dus, ik kan dat bij niet bij een amnestische afasie, maar ik maak er even een Broca van. Is het makkelijkst, en ze zit nog steeds in een telegramstijl met ernstige woordvindingsproblemen. Dan heeft het dus zin om echt specifieke taaltherapie in te gaan zetten. En dus eerst op strategie talig te gaan oefenen in plaats van alleen maar te gaan fixeren op het eindresultaat. Dus afhankelijk van wat niet alleen de hulpvraag maar de onderliggende problematiek is ga je functionele therapie inzetten. Op een andere manier.

Nicole: Ja.

Mw. Verschaeve: En dan maak je dus een aantal basismailtjes waar ze zo uit kan putten met knippen en plakken, als ze dat kan executief en dan zet je er een opdracht in, dan maak je gelijk functionele therapie. Ga je nou een zin echt verzinnen, nou ja waar je dus woordvinden, op woordniveau de woorden gaat vinden, die in een telegram ziet staan en dan pas een goeie zin van maken. Want dan heb je het eindresultaat. Ook dat ze weer plezier heeft. Er zijn mogelijkheden zat.

Nicole: Nu formuleert u heel mooi nou dan gaan we er een zin van maken en die kan ze gewoon knippen en plakken.

Mw. Verschaeve: Ja maar wat ik eigenlijk meer, dat betekent dus dat zo'n mailcontact met mijn dochter dat je dus allemaal deelaspecten het van die complexe handeling, die dus per

deelaspect in kaart moet brengen op mogelijkheden en beperkingen. En dan SMART doel inzoomen van hè hier loopt het vast, wil ik dat leren, ja, dan gaan we hier op inzoomen. En al de rest faciliteren we, dat doet iemand anders nog voor je, maar hier zoomen we op in. Als je dat behaald hebt dan gaan we naar het volgende. En dat is ook wat ik bedoelde ook in mijn mail, je kunt een aantal therapieprogramma's maken, want zo'n complexe handeling kun je zodanig uitschrijven, dat het voor jou hetzelfde is als voor Pietje als voor Jantje en dan kun je gaan onderzoeken waar in dat proces loopt het vast, wat is daar de oorzaak van en daar zet je je therapie op in. En dat kun je best gestructureerd doen in behandelprogramma's.

Nicole: Alleen moet er dan dus met de bijkomstige stoornissen moet er dan dus weer rekening gehouden worden.

Mw. Verschaeve: Ja. Is het dus niet een talig probleem, maar een executief probleem, dan zul je executieve functie training in moeten zetten. Wil je hier wat aan verbeteren. Is mevrouw niet meer leerbaar, dan zal je een goeie vrijwilliger moeten zoeken die haar daar in begeleid zodat ze.. of ze gaat skypen. In plaat van mailen. Snap je, dan ga je compensatiemechanismen zoeken.

Nicole: Ja precies. En als we uhm even niet kijkend naar de therapie dan voor de cliënt op dat moment zelf. We hebben heel veel gelezen dat op dit moment de logopedisten nu eigenlijk nog heel veel verzinnen en dat we veel creativiteit moeten gebruiken om eigenlijk de cliënt, de hulpvraag van de cliënt te kunnen beantwoorden in de therapie.

Mw. Verschaeve: Leuk toch? Dat maakt ons vak juist boeiend zou ik zeggen. Als dat weg is hoeft het van mij niet meer.

Nicole: Dat is een mooie.

Mw. Verschaeve: Waar is dan de uitdaging van ons vak?

Nicole: Ja dat is zeker waar. Het kost, maar het blijkt ook heel veel moeite en tijd te kosten, maar u geeft eigenlijk al aan dat dat voor u eigenlijk prima is dat we het moeten verzinnen om er iets goeds van kunnen te maken. Zou het efficiënter kunnen? Of moeten?

Mw. Verschaeve: Als je functioneel wil werken, zal je tijdsgerelateerd moeten werken. Dus je kunt bijvoorbeeld wel hele mooie therapieprogramma's maken, a la Box a la Fiks, het is niet de bedoeling om functionele therapie te hebben hè, het is geen kritiek op Fiks en Box, begrijp me niet verkeerd. Die zijn juist voor die fase bedoelt. Maar dat is iets wat we alle drie kennen dus, stel dat je nou zo'n concept ook op de functionele therapie hebt. Hoe lang gaat hij functioneel zijn als je naar onze veranderde maatschappij kijkt?

Nicole: Niet lang.

Mw. Verschaeve: Kijk maar naar BIPAC en uh.. dat is toch verouderd?

Nicole: Ja.

Mw. Verschaeve: Dus de logopedist die denk van ik heb toch een dure aanschaf gedaan, want het ontwikkelen van zo'n programma, ja als je echt wil onderzoeken of het echt werkt, gaat ontzettends arbeidsintensief dus duur worden.

Nicole: Ja.

Mw. Verschaeve: Ik denk dat er wel, met afasiecentra zijn we wel met een draaiboek activiteitenplannen bezig. Niet zo zeer in het in de uitvoering, maar wel in de analyse van complexe vaardigheden. En uh wat is je bevinding, wat moet je kunnen om een volgende stap te kunnen doen. Dus daar kunnen we wel slagen maken. Dat wel.

Nicole: En dan niet zozeer in de uitvoering van de therapie zelf.

Mw. Verschaeve: Nee, want daar geloof ik veel meer in in goed kijken wie je voor je hebt, zorgen dat je mensen met elkaar combineert en echt van elkaar leren moet, dat motiveert veel meer dan dat jij voor mij, als ik zo naar jou zit te kijken hoe jij doet, of dat jullie samen een groepje hebben en je mag elkaar helpen, ik weet wel waar ik voor kies hoor.

Nicole: Nee zeker ik ook.

Mw. Verschaeve: Ik doe het dan nu ook gelijk zo, maar je snapt wel wat ik bedoel. Want je voelt hem gelijk. En dat betekent dat je open moet staan ad hoc voor de groepsdynamiek. Wat zet vier mensen bij elkaar en zet vier andere mensen bij elkaar, dan krijg je een andere dynamiek en een andere hulpvraag op inhoud hè, op interessegebieden. Terwijl de strategieën, die blijven hetzelfde. Dus je programma's op de strategieën en de beginniveaus maken, dus dat kunnen we wel. Maar dat is nog wat anders dan ik trek wat uit de kast en uhm volg het kookboek.

Wencke: En als we dan kijken naar die groepstherapie.. want Elman en Bernstein-Ellis uit Amerika hebben daar heel veel over geschreven, die geven eigenlijk aan van ja verschillende types afasie of dezelfde type afasie allemaal eigenlijk in een groep.

Mw. Verschaeve: Dat hangt heel erg af van de hulpvraag. We moeten proberen te streven naar een coherente groep. Maar wat bepaalt coherentie in een groep, dat kan ernst van de afasie zijn, wat heel erg belangrijk is in een coherente groep is dat mensen aan elkaar iets te vertellen heb. Die interactie, die klik, sociaal emotionele achtergrond, interessegebied, intellect, op die fases, ik noem het maar even onder een gemakshalve, en dat wil niet zeggen dat als je veel gestudeerd hebt dat je een breed opgeleid iemand bent hè. Die mensen kunnen heel erg beperkt zijn juist. Dus die ene, die die sociale interesse uh is een factor en daarnaast de hulpvraag. En de mogelijkheden uhm in functioneren. Die is veel belangrijker dan diagnostiek.

Wencke: Ja, dat is dus eigenlijk het belangrijkste dat er interactie is tussen verschillende groepsleden..

Mw. Verschaeve: Ja en waar wij altijd voor kiezen is dat ervaringsdeskundige, dus iemand die eigenlijk verder is in het proces, in de groep zetten zodat de nieuwkomers op die manier opgetrokken worden. Mensen kunnen leren van elkaar. Daar heb je zeker volume voor nodig, dat red je bijna niet als groepspraktijk. En de groepstherapie in de revalidatiefase zal er anders uitzien dan de groepstherapie in een afasiecentrum of hersenletselcentrum, dat kan niet anders.

Wencke: En wat is het verschil daartussen? Kunt u dat uitleggen?

Mw. Verschaeve: Ja omdat hier nog veel mensen op stoornisniveau moeten gaan werken. En dat je hier dus eigenlijk de stoornis laat voor wat hij is, maar op activiteiten of participatie strategieën leert. Je gaat dus uit van de mogelijkheden, en hier zit je nog veel meer op

stoornisniveau. En ik hou er dus geen pleidooi voor om dus zeg maar heel snel op activiteitsniveau te gaan werken in het revalidatiecentrum. Dat zou ik zonde vinden. Dan mis je ook weer kansen. Je moet eerst nog kunnen laten genezen voordat je compensatiemechanismen inzet. En dan als over amputatie gaat of als het over een breuk gaat dan snapt iedereen dat, en als je dan talig en wat minder grijpbare dingen hebt dan wordt het toch wel lastig om het te snappen. Kijk als je zegt dat je na een skiongeluk gelijk moet leren om levenslang rolstoelafhankelijk te zijn vraagt iedereen of je een gaatje hebt, maar we zijn hier al snel met compensatiemechanismen bezig.

Wencke: Ja.

Mw. Verschaeve: Want de rolstoel tijdelijk is prima. Maar wel blijven trainen. Wel zorgen dat er een goede gipsplaat omgaat. Of een operatie als nodig is.

Nicole: Precies. Ik wil nog even pakken op de therapie zelf. Ik heb namelijk gelezen over de PACE methode en dat hij vroeger echt op het stoornisgerichte niveau zeg maar ingezet werd, maar dat hij nu ook heel erg gezien wordt als functionele benadering.

Mw. Verschaeve: Modelen hè?

Nicole: Ja en dat Goos en collega's op het trainingscentrum te Birkhoven een soort van PACE achtige werkwijze ontwikkelt. Maar wat vindt u van deze PACE methode?

Mw. Verschaeve: Ja wij gebruiken ook PACE-achtige, dat is het stukje van de ervaringsdeskundige inzetten hè, want dan doe je dat in wezen. En dat is het verschil tussen de echte PACE methode doet de professional het en wij laten met name de ervaringsdeskundige of de vrijwilligers het doen, maar dat je als professional wel kan gaan sturen. Als iemand vastloopt, mag je in de echte PACE natuurlijk niet ingrijpen. Door met een co-therapeut of ervaringsdeskundige te werken kun je dat wel. En kun je dus naast een cliënt gaan zitten die nog op stoornisniveau of die omschakeling aan het maken is van ik zou het zo doen of wat maakt het dat je daar niet aan denkt. Dat mag bij een echte PACE niet. Dus dan kun je wel zeg maar die persoon echt met geheugenproblemen laten inslijpen. Dus je hebt dan net iets meer mogelijkheden om aan te passen aan beperkingen.

Nicole: Dit is dan eigenlijk weer die coachende rol die we hebben.

Mw. Verschaeve: Ja inderdaad.

Nicole: Mooi. Uhm. Communicatiehulpmiddelen, we hebben het al heel even gehad over TouchSpeak is heel mooi als iemand dat in het revalidatiecentrum bijvoorbeeld kan gebruiken maar dat na zoveel tijd in de ijskast ligt.

Mw. Verschaeve: Dan moet hij weer in de revisie. Hij moet weer opnieuw aangepast worden. En dat gebeurt dus niet. Of te weinig. Hij moet ook eigenlijk als hij niet meer nodig is terug.

Nicole: En eigenlijk is dan de oorzaak van dat hij gewoon niet meer toepasbaar is.

Mw. Verschaeve: Ja. Hij is niet functioneel meer.

Nicole: En wat maakt het dat hij op dat moment niet meer aangepast wordt? Zodat hij wel weer functioneel is? Of wordt het wel aangepast, ik trek nu een conclusie dat dat niet gedaan wordt.

Mw. Verschaeve: Omdat, ja bij het voorbeeld van TouchSpeak is nog een ander groot probleem dat ze de technische mankementen. Doordat die vaker het niet doet dan wel op het moment dat je net wat meer vraagt van dat ding. Dat maakt dat hij in veel gevallen gewoon uhm ook de kast in beland. Uhm wat, laat ik even die technologie even opzij zetten. Ik ga even naar het gespreksboek. Dat is even iets minder duur, dus dat begrijpt iedereen sneller. Uhm, als je bij veel logopedisten navraagt of een gespreksboek in therapie succesvol is, dan zeggen ze nee want hij wordt niet meer gebruikt. Maar wat was nou het doel van je therapie? Dat iemand beter ging communiceren en meer woorden tot zijn beschikking had of sneller duidelijk kan maken wat hij bedoelt? Of dat hij het gespreksboek goed gaat gebruiken? Een gespreksboek wat niet meer gebruikt wordt of alleen maar in noodsituaties, maar waar iemand wel een gigantische verbetering heeft laten zien op de woordvinding en hij zich communicatief beter kan redden dan ben je toch blij dat dat gespreksboek de kast in kan?

Nicole: Ja.

Mw. Verschaeve: En, dat is eigenlijk hetzelfde als de TouchSpeak. Want het wordt dan vaak ingericht van ik wil koffie met suiker, maar als je dat twee keer tegen mij gezegd hebt dan weet ik heus wel hoe jij je koffie drinkt. En dan is het heel leuk om je voor te stellen dat je een vriend hebt en daar woont en dat je hobby's zijn, maar dat is geen onderwerp van gesprek meer. Dus die hulpmiddelen worden eigenlijk allemaal ingericht om iets over jezelf te vertellen. En wat is de basis van communicatie? Is vooral vragen stellen. Je interesse kunnen uiten. Open communicatie en weinig ondersteunde communicatiehulpmiddelen lenen zich daartoe. En dat is dan het grote manco waardoor heel veel gewoon niet functioneel is op de langere termijn. We maken er per definitie, we leren mensen ongewenst gedrag aan.

Nicole: Ja?

Mw. Verschaeve: Ja. We leren mensen met hersenletsel ongewenst gedrag aan. Ikke ikke en de rest kan stikken. Want dat leren we ze. Ik wil vertellen hoe het met mij gaat. En we leren ze niet informeren naar hoe het met een ander gaat.

Nicole: Hmm aii.

Mw. Verschaeve: Dat is een eyeopener hè?

Nicole: Ja dat is het zeker. Dus we zouden ons daar meer op moeten richten. Dat er dus wel een vraag gesteld kan worden aan een ander.

Mw. Verschaeve: Ja en dat ga je hebben op het moment dat je zeg maar de omgeving betreft in je therapie. Want dan ga je coachen naar interactie. Hij heeft echt wel gehoord wat de partner gezegd heeft, en wat maakt het dat u daar overheen walst en niet op reageert. Wat maakt als jij geheugenproblemen hebt dat u toch geen trefwoorden opschrijft. Ja, maar ze weet wel wat ik zeg, dat geloof ik wel, maar morgen is ze het vergeten geeft u net aan. Wat voor tools gebruiken jullie daarin samen. Wilt u het niet? Best, maar dan is dat de consequentie. In plaats van dat ik jou ga leren om maar 10 woorden achter elkaar te onthouden. Want daar gaat je geheugen zo van vooruit. Niet zozeer.. je snapt wat ik bedoel.

Nicole: Ja precies. Ik kijk even terug naar mijn vragen. U vertelt heel veel, en heel veel interessante dingen, maar ik moet me natuurlijk ook een beetje houden aan mijn vragen.

Wencke: Ik zit te kijken, we hebben het heel uitgebreid gehad over de inventarisatie en de

therapieën, maar voor ons is er eigenlijk nog een beetje een gat van hoe evalueren we dan de therapie?

Mw. Verschaeve: Door als jij een therapieplan, noem het activiteitenplan, therapieplan, dat maakt niet uit. Wat wij doen is op het moment dat je een plan bedenkt, ga je dus van te voren je doelstelling meetbaar, je evaluatie-instrument maken. Dat maak je dus eigenlijk ter plekke. Vandaar dus eigenlijk dat ik zei, we werken aan een draaiboek activiteitenplannen, therapieplannen. Je hebt een complexe vaardigheid, handelingen, het lezen bijvoorbeeld van boeken of teksten. Dan begin je met woorden, begrijpend lezen en laten we zeggen dat lezen vrij complex is. Is nog talig ook. Dan ga je dus stap voor stap even analyseren. Dus daar heb je zeg maar je therapieprogramma klaar voor. Bij elk van deze fases heb je dus van te voren een startniveau bepaald en dat betekent dat je dus ook je doelstellingen meetbaar kunt maken. Want je hebt ook je doelstellingen vastgelegd. Want je hebt een beginniveau en een eindniveau vastgelegd. Dus je eindniveau, daar begin je ook mee. Dat is je 0 meting. Dus je begint met je evaluatie en op het moment dat iemand, we hebben het een keer gehad bij een intake, waar ik van dacht die man kan dus eigenlijk niet praten en tijdens het gesprek kon hij ook mijn formulier niet goed lezen of daar mee omgaan. Maar ik had hem verkeerd ingeschat. Hij kon dus wel goed begrijpend lezen. Waardoor hij dus de eerste ochtend in een groep zat waar hij eigenlijk zo doorheen fietste, maar vooral op output vastliep. Dus dat betekent dat bij zijn 0 meting van wat kan ik allemaal, dat zijn ze even gaan testen, dat klopte dus ook, waardoor die dus eigenlijk 10 minuten later al in een andere groep zat. Dus door je je evaluatiemoment ook als 0 meting te gebruiken kun je het meetbaar maken. En als je maar genoeg gegevens heb verzameld, op een gegeven moment kun je daar iets mee.

Wencke: En dan kun je eigenlijk het effect bepalen..

Mw. Verschaeve: Dan kun effecten je gaan meten. Dus niet ad hoc zomaar wat doen, maar je hebt eigenlijk een onderlegger die je persoonlijk gaat maken.

Nicole: En dat heeft dan ook te maken met natuurlijk hoe smart je je doelen op dat moment stelt.

Mw. Verschaeve: Hoe smarter je doelen maakt, hoe beter meetbaar. Dat klopt.

Nicole: En nou wordt er ook heel erg in de literatuur gezegd dat het heel belangrijk is dat het belangrijk is om kwaliteit van leven te meten. Na functionele therapie. Maar dat wordt in het buitenland heel veel gedaan, maar in Nederland hebben we daar nog geen instrument voor.

Mw. Verschaeve: We hebben geen gestandaardiseerd instrument. Er zijn wel heel veel vragenlijsten. Wat wij zelf op dit moment, wij hebben vier instrumenten ooit al gebruikt en elke keer de een omdat ze te lang zijn de ander omdat het dan te kinderachtig wordt. Wat we dus nu gebruiken is de Utrechtse schaal (...). Die vinden wij wel meerwaarde hebben, omdat hij dus niet alleen meet of in kaart brengt hoe tevreden mensen er over zijn, maar ook hoe vaak of hoeveel ze nu doen en of het belangrijk voor ze is. De vier elementen komen in beeld. Verschillende leefgebieden, domeinen. Dus daar hebben we wel mogelijkheden voor. In Nederland. Dus er is in ieder geval verkrijgbaar zonder dat het kapitaal kost. Hij is beschikbaar gesteld.

Nicole: En denkt u dat er nog iets mist in dit instrument? Of is hij eigenlijk compleet?

Mw. Verschaeve: nou ja, in die zin is hij op activiteiten niveau is hij prima, op participatieniveau krijg je natuurlijk ook zoets als belastbaarheid, coping strategieën en dat soort dingen. Maar dan ga ik toch eerst wel even naar mijn collega kijken, want dan ga je toch wel heel erg op de hoek van de psychologe zitten. Dus dan heb je toch wel die multidisciplinaire aanpak. En dat gaat iets verder dan de afasietherapie sec. Daar moet je multidisciplinair mee aan de slag. Dat doen we ook wel, maar om dat in dit kader nu allemaal mee te nemen denk ik dat je wel heel ver gaat. En wat maakt het dat hij niet tevreden is? Was hij een zwartkijker voorheen? Dan is het nu ook een zwartkijker. Betekent dat dat jij je therapie niet goed gedaan hebt? Dat weet ik niet. Heel vaak zijn die tevredenheid uhm hebben ook veel te maken met hoe gewenst mensen nog zijn hè, hun levensdoel. Er zijn zoveel factoren, zoals dat rouwverwerkingsproces, dat vind ik dus ook echt een coaching methode om daar meer dan gerichte afasietherapie.

Nicole: Ja precies.

Wencke: En van de Sandt-Koenderman schrijft dat in de toekomst de computertechnologie de behandeling over gaat nemen.

Mw. Verschaeve: Ik wens haar veel succes.

Wencke: En dat wij eigenlijk alleen nog maar een coachende rol hebben.

Mw. Verschaeve: Dat wel!

Wencke: U denkt niet dat de computertechnologie de behandeling over gaat nemen?

Mw. Verschaeve: Dat wij meer technologische ondersteuning aan kunnen wenden om zeg maar leergedrag in te laten slijpen, daar geloof ik zeker in. Dat het overneemt geloof ik echt helemaal niets van. Want wat, gaat die computer voor ons die hele inventarisatie fase doen? En het in kaart brengen?

Nicole: Nou zij schrijft eigenlijk dat we ons goed moeten realiseren dat de computertechnologie steeds groter wordt en een grotere rol gaat spelen. Maar dat het dus ook zo kan zijn dat er computerprogramma's komen die een deel van de behandeling over kan nemen en dat de cliënt eigenlijk zijn eigen revalidatie een soort van gaat bepalen. Of meer inzicht krijgt in zijn eigen revalidatie en dat wij inderdaad een coachende rol krijgen en dat wij dan wel testen bij de cliënt en kijken of hij nog wel op koers ligt, maar dat de cliënt voor de rest vooral zelf aan de slag zal gaan.

Mw. Verschaeve: In de participatiefase of in de revalidatiefase? In de revalidatiefase zeg ik ja, omdat daar nog veel meer kan bepaald worden van dat is er aan de hand dus daar gaan we op in. Daar zit de stoornis dus dat pakken we uit het laatste en gaan we oefenen. Daar weten we inmiddels veel van. Ik deze fase met al die diverse factoren, wens ik haar heel veel succes. Ik geloof daar dus niet in.

Nicole: Nee we hebben natuurlijk in die revalidatiefase nu al een Kompro en een Top als programma's.

Mw. Verschaeve: Ja klik klik klik en wat is het leereffect? Tjoek tjoek tjoek (klein). Ik zeg niet dat we het uit de weg moeten gaan en gebruiken waar nodig, en natuurlijk daar hoeft je mij niet van te overtuigen. Iemand zal het zelf moeten doen, we kunnen het niet voor de cliënt

doen. En zeg maar in het inslijpen en dat je daar ICT goed voor kan gebruiken, natuurlijk. De iPad in de ondersteunde communicatie biedt zeeën van mogelijkheden. Moet je niet uit de weg gaan, moet je gebruiken. En dat is, dat merk je dat de jongere generatie dat veel spelende wijs...en ik denk.. terwijl mijn dochter die zegt al tegen mij, ja maar jij bent al van de vorige eeuw. Ja, ik ben nog van de vorige eeuw. En dus ook in een team multidisciplinair zal je ja die aanvulling moeten hebben. Maar je gaat te ver als we zeggen geen iemand een iPad en we zijn overbodig.

Nicole: Nee dat zou ook niet leuk zijn voor ons vak lijkt me.

Mw. Verschaeve: Nou er zijn natuurlijk een aantal disciplines vak weggegaan, kijk maar naar een technisch tekenaar, bestaat niet meer. Maar wij zijn wel mensen mensen werk. Het zal altijd enen blijven.

Nicole: Ja duidelijk. Eigenlijk nog een afsluitende vraag. Wat denkt u nou dat er echt nog nodig is om de functionele therapie. Denkt u dat er een gat is tussen de huidige situatie en de ideale situatie? En wat denkt u dat er nog nodig is om de functionele therapie te optimaliseren?

Mw. Verschaeve: Wat ons gaat helpen zijn de bezuinigingen die de overheid zijn instelt. Dat klinkt heel raar.

Nicole: Dat klinkt inderdaad een beetje raar. Kunt u dat uitleggen?

Mw. Verschaeve: Omdat wij als zorgverleners gedwongen worden om ons veel meer te gaan verdiepen in sociale netwerk en de sociale kaart. Waardoor de geldkraan, want de begeleiding, dat is die begeleiding hier in die nazorgfase, dat wordt dichtgedraaid. Dus dat betekent dat er een groot aantal mensen met hersenletsel hun zorg die dus eigenlijk geautomatiseerd was, pappen en nathouden, weg zal vallen. Er zal dus maar een beperkte groep zorg blijven hebben, dat zijn de mensen die anders in een instelling zouden moeten gaan. Dat betekent dat er een andere groep ineens geconfronteerd zal worden met zijn beperkingen, want ze krijgen dus niet meer de steunstructuren die door de zorg betaald werden, ja en we kunnen wel gaan zeggen we gaan vrijwilligers overnemen, maar op een gegeven moment houdt dat natuurlijk op. Dus deze mensen gaan met een andere hulpvraag terugkomen. En die hulpvraag zal veel meer gericht zijn op de zelfredzaamheid. Van wat kan ik nu leren om dat zelf te kunnen zonder begeleider. Dat zal ons dwingen om ons veel meer te gaan verdiepen in die sociale kaart en steunstructuren en strategieën die ze nodig hebben om zelfstandig te kunnen functioneren. En nu werken we heel veel op activiteitsniveau, maar we maken het generalisatiestuk niet, want een ander neemt te over.

Nicole: Maar nu geeft heeft al aangegeven dat die stoornisgerichte therapie dat dat dan eigenlijk echt soort van moet stoppen, of daar moet bijna geen vooruitgang meer in te zien zijn willen we dan overgaan naar het ...

Mw. Verschaeve: Nee we zullen naar een systeem toe gaan waar het zo gaat. Mensen krijgen therapie en gaan vooruit, het stopt, mensen gaan dus in hun eigen omgeving toepassen wat ze geleerd hebben. Daar komen ze weer wat tegen of ze zeggen het is niet voldoende ik wil nog wat leren, en ze mogen weer terug in therapie. Dus we gaan veel meer in trapsgewijs structuur gaan werken, waardoor ze steeds terug in een soort cyclus verband komen of in een cyclus verband steeds meer zorg nodig hebben, bij een progressief beeld.

En dat is niet zo nu. Die fases moeten veel meer in elkaar doorlopen. En verweven worden, en we hebben een tijd gehad dat we in het afasiecentrum mensen al hadden terwijl ze in het revalidatiecentrum nog bezig waren. Maar op een gegeven moment mocht dat niet meer, want dat waren dus dubbele verstrekkingen. Terwijl dat juist wel heel zinvol is. Nu mag dat gelukkig weer wel. Dus waardoor je in die wisselwerking vrij snel nou ja gebruik kunt maken van mensen inzetten in hun kracht in hun ervaringsdeskundigheid. En waar ze dus als ervaringsdeskundige weer tegen dingen aanlopen en weer, ja als je op woordniveau functioneren weer naar zinsniveau willen, bij wijze van spreken. Ja, nou ik zou toch wel weer eigenlijk een boek willen lezen. En door daar in mee te gaan krijg je dus cyclische therapie en dan krijg je dus niet zoals het nu is dat mensen eindeloos door therapieën. Er komt dus een fasestop, inslijpen, weer leren, inslijpen, stop, weer. Zolang de zorgverzekeraars zeggen dan nee het moet allemaal binnen dat eerste jaar gebeuren, dan zijn we verkeerd bezig. Ook als je acht jaar hersenletsel en je kan echt een hulpvraag die de zelfredzaamheid vergroot, hij moet wel maatschappelijke relevantie bevatten vind ik, zou het moeten kunnen. Dat wordt de uitdaging. Want dat betekent dat we als professional ons heel erg moeten toewerken naar effectstudies en niet naar grootschalige effectstudies want die gaan niet werken op participatieniveau. Zoals het RATS onderzoek nu is afgesloten, dat gaat niet voor dit niveau werken. En dat je te weinig factoren volledig goed in kaart gebracht hebt. En dat maakt het zo complex. Ieder zijn systeem is anders en die factoren moet je meenemen, anders meet je niet wat je wilt meten.

Nicole: Mooi, dat is een mooie afsluiter.

BIJLAGE 11 TRANSCRIPTIE INTERVIEW MW. WIELAERT

Mw. Wielaert: Ik zou zelf de term functionele therapie, functioneel-gericht niet gebruiken.

Aukje: Oké

Mw. Wielaert: Dat hebben we uhh in de NAIS ook omzeild. Door het therapie op activiteiten en participatie niveau te noemen.

Aukje: Ja

Mw. Wielaert: Aansluitend op de ICF. Functionele therapie kan een verwarrende term zijn. Aan de ene kant wordt die wel veel gebruikt, weten mensen ongeveer wat je bedoelt. Maar het is ook een term die makkelijk, zeker wanneer we over andere disciplines praten, ehm zeker als je met de ICF termen gooit. Want functieniveau is eigenlijk gekoppeld aan het stoornisgerichte therapie. Fysiotherapeutische functionele therapie zou je anders kunnen oppakken. Het gaat er in ieder geval om functional communication, functional therapy er een beetje uit.

Aukje: Oké

Mw. Wielaert: Ook omdat ja ehm in principe denk ik dat elke therapie functioneel moet te zijn, in die zin

Aukje: Ja

Mw. Wielaert: Die dienend moet zijn voor een doel

Aukje: Ja dat hebben we ook wel, maar ja onder andere

Mw. Wielaert: Ik zou pleiten voor, maar goed leg het de anderen eens voor hoe ze daar tegenaan kijken. Maar ik vind het zuiverder als je zegt therapie op activiteiten en participatieniveau. Ik denk dat het dan ook duidelijker wordt voor logopedisten waar je aan moet denken en waar je ook in termen van de NAIS, waar je eigenlijk in de stages al ziet, waar moet ik dan aan denken, aan welke soort therapie?

Aukje: Ja

Nicole: Ja want we lazen ook wel in de literatuur als ze dan alleen maar uhhh de term functionele therapie voorbij komt dat iedereen die wel verschillend interpreteert. En het komt wel, er zit wel een soort rode draad er door heen, door alle definities om zo maar te zeggen, maar inderdaad dat er nog wel eens verwarring is.

Mw. Wielaert: Ja zeker als het internationaal gaat bekijken. Zoals hier in Nederland weten we ongeveer wat we ermee bedoelen, maar het is zo'n vergaarbak eigenlijk.

Aukje: Ja

Mw. Wielaert: Alles wat niet cognitief-linguïstisch is, krijg je functioneel

Aukje: Ja, ja precies

Mw. Wielaert: Ja dat hou je ook wel een beetje met de termen activiteiten en participatie gericht, maar daar zou je in principe al het onderscheid moeten maken in activiteiten gericht is echt gericht op vaardigheden en activiteiten van de cliënt in competentie en participatie is altijd in relatie tot de omgeving, tot de context en tot z'n sociale rol. Dat moet al duidelijk zijn, wat betekent bij de meeste cliënten het betrekken van de omgeving.

Aukje: Ja als ik nu. Als ik het goed begrijp bedoelt u dan dat functionele moet er dan een beetje. Er niet helemaal uit, maar dat omschrijft u zeg maar met activiteiten en participatie niveau behandelen

Mw. Wielaert: Ja wij zeggen ja ehm... Philine Berns en ik, wij zijn bezig met het tweede deel van Status Afasietherapie

Aukje: Ja super

Mw. Wielaert: En dan gebruiken we de term functionele therapie niet meer

Aukje: Oké

Mw. Wielaert: We zeggen alleen maar op activiteiten en participatieniveau of functie of liever stoornisgerichte therapie die de functie stoornis afasie behandelt.

Aukje: Ja oké

Mw. Wielaert: En die tot functie herstel wil leiden, maar zie je hoe snel dat ehmm met functioneel. Om dat voor te zijn of om de vergaarbak een beetje voor te zijn. Ik hou het dan allemaal gekoppeld aan de ICF termen.

Aukje: Ja ja oké uhh. Het complete plaatje is dus op activiteiten en participatieniveau. Dat is eigenlijk ook wel de kritische vraag ook. En die definitie die we lezen op verschillende plekken op andere manieren, maar voor u is de definitie eigenlijk om het echt te houden op activiteiten en participatieniveau.

Mw. Wielaert: Ehh ja, laat ik het zo maar zeggen.

Aukje: Ik zie hier een vraag staan in welk stadium zou u dat dan inzetten. Wat zou voor u dan ideaal zijn? Zeg maar wanneer die therapie dan in zou zetten.

Mw. Wielaert: Eigenlijk hangt dat af van de patiënt hoe je de hulpvraag kan uitvragen. En hoe je begint. Maar doorgaans wordt er gezegd dat we het zoveel mogelijk inzetten in het begin op herstel functie, stoornisgericht therapie. Opgekrikte taal, functioneren, heb je een grote winsituatie. Maar er zijn mensen denkbaar die dit te schools vinden, helemaal niet fijn vinden.

Aukje: Nee

Mw. Wielaert: Dus daar zou je vrij vroeg mee kunnen beginnen. Ik heb het dan over de subacute, acute of de revalidatiefase. In de ziekenhuis fase zijn ze al zo snel weg. Daar begin je al helemaal niet aan therapie. Maar grofweg begin je tussen de 3 en 6 maanden post onset. Wanneer de grote herstel op taal voorbij, grote stappen van het gene wat geleerd is in de taaltherapie, meer toegepast maken in communicatieve situaties. En nogmaals voor de ene cliënt komt het op 3 maanden post onset en ehh voor de ander op 6 maanden post onset. En zeker in het verpleeghuis, de ernstige populatie, en dat is ook beschreven in de literatuur, dat je pas na een maand of 6 beginnen op te knappen überhaupt en vooruitgaan op taal. Dus ehm misschien moet je die wel stoornisgericht later behandelen. En in het begin juist heel functioneel. Gewoon pappen en nat houden, is even heel lelijk gezegd, soms sommige mensen, zeker in de geriatrie, zijn zo gestoord dat elke logopedische sessie, vrij schoolse sessie, eigenlijk te moeilijk voor ze is. En wat ik eigenlijk heel moeilijk vind functioneel te behandelen bij iemand die zo gestoord is. Want dan ga je namelijk functioneel al zitten doen in jouw therapiekamer en als er iets niet functioneel is, is dat het wel. Snap je me?

Aukje: Zeker

Mw. Wielaert: Ik weet niet of jullie dat ervaren hebben

Aukje: Ja dat ook

Mw. Wielaert: En dan is een taallesje of iets met een computer, want dat leent zich voor schoolse situaties waarin je zit

Aukje: Ja, maar daar hebben die mensen niks aan buiten

Mw. Wielaert: Nee, ik bedoel dat probleem zo groot dat je het idee hebt ja uhh hier raak ik niet eens de problemen die een vrouw of kinderen hebben met deze patiënt. Terwijl je ze iets meer functioneels zou willen bieden, maar niet in jouw therapiekamertje.

Aukje: Ja

Mw. Wielaert: Dan zou je dus heel iets anders moeten doen

Aukje: Ik denk dat het wel duidelijk is

Nicole: Wij hebben u ook een casus toegestuurd via de mail. Heeft u daar tijd voor gehad om daar naar te kijken?

Mw. Wielaert: Ja

Nicole: Waar we eigenlijk benieuwd zijn als u die casus leest wat eigenlijk in u op komt. Wat u als eerste opvalt. Hoe uw gedachtegang is hierbij.

Mw. Wielaert: Is het een bestaande casus?

Aukje: Gebaseerd op een bestaande casus.

Mw. Wielaert: Wat ik als eerste miste was de ziekte. Ik denk dat jullie uitgaan van een CVA?

Nicole: Ja

Mw. Wielaert: Wat me opviel was dat mevrouw een amnestische afasie heeft, maar dat je ook toch wel wat begripsproblemen noemt. Korte teksten begrijpt mevrouw wel, maar als het langer wordt niet. Of het nou een ernstige amnestische is of niet classificeerbaar. Ik twijfel een beetje aan dat amnestische. Maar jullie zeggen ook iets over dat ze de informatie vergeet. Dus zou ik willen weten is dat premorbide al aan de gang of is het wel gekoppeld aan de afasie, maar heeft ze dan iets niet begrepen waardoor ze het überhaupt niet kan opslaan. Dus is het toch weer een gevolg van de afasie. Dus als je het nu opschrijft, hint je naar, er zijn ook al uhh geheugenproblemen. Waar komen die vandaan? Komen die ook uit het letsel? Maar als dat zo is, dan ik aan een grotere laesie en dan denk ik ook niet aan amnestisch. En dan denk ik ook weer aan, ja als dat geheugen echt een probleem is, dan ben je altijd voorzichtig met wat je wilt aanleren.

Aukje: Ja

Mw. Wielaert: Dus ja ze worden licht versterkt door geheugenproblemen en zeg je ook nog snel afgeleid, dwang lachen en dwang huilen. Dan ga ik al dieper de cortex in. En dan denk ik oeh dat is iets corticaals, wat is er nog meer aan de hand met deze mevrouw? Terwijl ze nog maar 67 is. En ze is 7 maanden post onset. Wat zou ik dan nog willen weten? En hoe zij dus premorbide al die dingen deed die ze deed. Werden daar al foutjes weggepoetst? Waren die problemen er al? Want dat weet ik gewoon niet. En voordat je dat hebt uitgevraagd, kan je pas door. Maar dat neem ik dan maar voor lief.

Aukje: Nee, daar zijn we ook wel benieuwd naar. We hebben de casus expres niet helemaal volledig gemaakt, gewoon puur, hoe gaan en dan zeg maar. Dit zijn ook al gedachtenstappen die we graag wilden horen eigenlijk zeg maar. Het geheugen vind u dus een ding waar u meteen ehh...

Mw. Wielaert: Ja, wat is de rol van de afasie daarin? Als je zegt dat ze het snel vergeet, van wie komt dat dan? Is dat een bevinding van de logopedist of een bevinding van thuis? Als dat van thuis komt, wil ik weten hoe er tegen haar gepraat wordt. Want als dat teveel is of te snel, dan is de mogelijkheid groter dat het afgeleid is van de afasie, omdat het haar talig vermogen te boven gaat. Dat ze het dus niet kan begrijpen afatisch gezien en ook niet opslaat, dus ook niet kan onthouden. Maar als het al speelde of als het een grotere laesie is dat ook haar geheugen is aangedaan. Eigenlijk wil ik weten wie dat zegt op basis van wat zegt de neuropsycholoog, dat hij de 15 woorden-test heeft gedaan. Je hebt hier te maken met iemand met afasie. Dan wil ik dus weten hoe ze daar aan komen. Maar dat snel afgeleid zijn en dat dwanghuilen en dwanglachen, zet mij op het spoor van een grotere laesie en of een diepere laesie of een eerder stil infarct. Snap je? Want dat wijs niet op corticaal letsel wat bij een klassieke amnestische afasie hoort. Of ja je zegt ja dat labeltje heb ik er maar van gemaakt. Want we gaan niet van een AAT of een andere test af, omdat die labeltjes zo vaak niet kloppen.

Mw. Wielaert: Los van dat te hebben uitgevraagd zeg je bij de omgeving, is die betrokken, behulpzaam? Tijdens de therapie vult hij haar antwoorden in, waardoor de behandeling af en toe stagneert. Stagneert de behandeling, stagneert het gesprek? Wat stagneert er precies?

Nicole: Dat meneer alles invult voor mevrouw. Dat mevrouw eigenlijk niet de kans krijgt om zelf zeg maar de therapie uit te voeren.

Mw. Wielaert: Oké, en hoe reageert mevrouw daarop?

Nicole: Mevrouw die laat dat gebeuren.

Mw. Wielaert: En als je dat navraagt? Bij mevrouw? Alsnog hoe ze dat vindt, wat zegt ze dan?

Aukje: Dan zegt ze dat ze dat fijn vindt, omdat ze het zelf vaak niet kan zeggen.

Mw. Wielaert: Oké, en wat zegt meneer als hij vraagt waarom hij dat doet?

Aukje: Om haar te helpen.

Mw. Wielaert: Oké, op dat moment of? Of is dat een algemeen eind?

Aukje: Op dat moment.

Mw. Wielaert: Oké, omdat hij het erg vindt dat ze lijdt ofzo.

Aukje: Ja, dat ze zo aan het zoeken is naar de woorden die ze wil zeggen.

Mw. Wielaert: Er is een artikel: Speaking for. Een ouder artikeltje. Maar ik denk dan meteen aan de PACT wijze of iets. Ik denk dan toch aan de autonomie van de vrouw en ik zou niet met het eerste antwoord van mevrouw genoegen nemen. Ik zou er op doorvragen. En ook bij meneer. Ik zou het graag verder willen uitvragen. Omdat veel mensen toch, je moet blijven oefenen, anders wordt je nooit meer beter. En dan in elk gesprek die iemand moet overnemen, dat is misschien met 7 maanden post onset nog wel aardig, maar met 2 jaar post onset wordt het gok ik vervelend. En daar staan ze niet bij stil. Ze doen het met goede bedoelingen hoor, denk ik, maar iemand wordt continue neergezet als een niet competentie spreker. En of ze daar bij stil staan hoe dat voelt. Dus dat zou ik wel willen weten. En of de dochter het ook doet. Hoe mevrouw dat vindt als ze met haar dochter praat. En hoe dat dan gaat in vergelijking hoe dat met haar man gaat. Dus dat nu op dit moment mijn ding, dus met de PACT. Dus dat is vanzelfsprekend dat ik daar mee begin.

Aukje: Ja mag ook ja. Oké, als we nu even een bruggetje maken naar therapie zeg maar, therapie op activiteiten en participatieniveau. Om het maar meteen goed te doen.

Mw. Wielaert: Heel goed, heel goed.

Aukje: Zijn er u ook dingen in de casus dat u zou zeggen van...

Nicole: Mevrouw heeft 2 hulpvragen

Aukje: Zijn die realistisch denkt u als u de casus zo bekijkt?

Mw. Wielaert: Vanuit haar gezien ehh wel ja..

Aukje: Ja oké, maar vanuit de ervaringsdeskundige

Mw. Wielaert: Daar heb ik te weinig informatie voor om dat te kunnen zeggen

Aukje: Informatie die u dus nog nodig heeft is, meer over dat geheugen

Mw. Wielaert: Ja meer over het geheugen, over het (even kijken) over het schrijven, denk ik, of typen.

Aukje: Ja

Mw. Wielaert: Jullie schrijven het heel tussendoor, maar ja hoe gaat het mailen dan nu? Hoe gaat het typen nu in relatie tot het schrijven? Daar heb je verder niks over geschreven. Ja, ze heeft daar ook woordvindingsproblemen zeg je, uiteraard. Maar ja je kan er wel aangepaste dingen voor verzinnen. Standaard zinnnetjes of standaard uitdrukkingen of dat soort dingen. Je had een aangepast mailprogramma van de AVN, ik weet niet of dat nog bestaat.

Aukje: Nee dat kennen wij niet.

Mw. Wielaert: Oké, maar er zijn zoveel apps nu. Daar ben ik volledig het spoor in kwijt geraakt. Maar dan zijn, gok ik, ook wel dingen te vinden. Dan wel Skype, alhoewel, als het werkelijk Australië is, dan ook wel lastig vanwege het tijdsverschil op het juiste moment te skypen. Ja, of dat ze daar meer een lezende functie van haar dochter heeft en dat haar dochter genoeg neemt met wat korte standaard dingen zodat ze toch het contact heeft. Dat is wel het belangrijkste daarin. Op zich kun je op heel veel manieren met die hulpvraag aan de slag gaan om het contact te houden. Dat zal dan niet zijn wat ze de hele week gedaan heeft en wat ze gewend was. Dus in die zin, snap je? Het ligt eraan hoe je het invult en waar mevrouw genoeg mee neemt, vind ik dat je daar wel wat mee kan.

Aukje: En als ik even nu bedenk een bruggetje naar een vraag die eigenlijk pas later komt. Dat gaat over eigenlijk over contra-indicaties van de therapie. Zijn er wat u betreft contra-indicaties voor functionele therapie? En wat is de voornaamste oorzaak van het niet slagen van de functionele therapie?

Mw. Wielaert: Ehm zo in de breedte ja dat die onvoldoende aansluit toch bij wat iemand daadwerkelijk wil of verwacht. Dat dat niet goed is uitgevraagd. Wanneer andere cognitieve problemen ook meespelen niet goed in kaart zijn gebracht. Zoals in de casus de geheugenproblemen en andere dingetjes die spelen, waar komen die vandaan? En leiden die tot iets waardoor het lastiger gaat worden? Weet ik niet. En dat de omgeving meewerkt of niet, denk ik ook. Deze mevrouw leunde kennelijk toch een beetje op haar partner die het

woord voor haar neemt. En als ze dat blijft doen en als ze zich daar in haar dynamiek. Misschien ga ik nu wel een kant op die voor haar helemaal niet speelt, dat weet ik niet.

Aukje: Dat is ook niet erg. Dat zijn wel een soort alarmbellen die gaan rinkelen bij u als u naar deze casus kijkt. Dat die omgeving ehh...

Mw. Wielaert: Ja de omgeving zou ik in kaart brengen en wat er nog meer aan de hand is met mevrouw op basis van een paar symptomen die ik nu niet zo gauw bij een amnestische afasie zal vinden. Waar komt dat vandaan en hoe zou dit een rol kunnen spelen? Daar komt het eigenlijk op neer.

Aukje: Ik denk dat het wel duidelijk is voor nu.

Nicole: Zeker

Aukje: Toch?

Nicole: In deze casus staan zeg maar al, de hulpvragen zijn u al gegeven. En nou zeggen Sevat & Heesbeen in een artikel uit 2000 dat op dit moment de BIPAC het best gebruikt kan worden. Maar die hebben maar een bepaald aantal hulpvragen of een bepaald aantal onderwerpen waar uit gekozen kan worden. Maar stel dat dit zit er nou niet bij of dit kan niet gebruikt worden. Hoe zou u dan de hulpvraag inventariseren?

Mw. Wielaert: Ik zou denk ik, ik ben al lang uit de klinische praktijk moet ik eerlijk zeggen, maar toen ik daar uit ging kwam dat een beetje op neer met wie iemand communiceert, vroeger of nu nog en of hij dat weer zou willen. In welke situaties en welke onderwerpen. Met wie en waarover en waar. En hoe die persoon er van uit gaat dat hij zelf of zij zelf daar een rol gaat spelen of dat andere daar ook in rol in spelen. Hoe ernstiger de afasie, zodra iemand een afhankelijk communicator is, dan moet je iets met de omgeving. Dat is ook waarom ik met de PACT ben begonnen. Daar liep ik op een gegeven moment erg op vast. Dat we alleen maar bezig waren met de patiënt op te krikken naar het niveau van ons allemaal, maar dat is bij een hele grote groep gewoon onmogelijk. En dan vervallen we in het gegeven van een boek of een middel om hem daarmee op ons niveau te krikken, maar ook dat is niet mogelijk. Ik denk dat in 80% van de mensen die het gespreksboek krijgen, die zijn daar te slecht voor. En met de hoop op ja als die het niet kan zeggen, dan wijst hij het wel aan. En met het gespreksboek moet ook de ander getraind worden, maar ik gok dat het daar buiten niet zo goed wordt gebruikt. Er zijn natuurlijk wel mensen bekend die het gespreksboek heel goed kunnen gebruiken. Dat zijn vaak mensen met een Broca of een verbale apraxie, die kunnen die semantische linken wel leggen. Daar komen ze wel uit. Ook met een taalzakboek met dingen of zoiets. Of met een TouchSpeak. Ik denk dat het goed is om, en dat staat een beetje in die artikelen uit Australië van Worrall en onderzoeksgroep. Als je doelens stelt dat je van begin af aan met een cliënt in kaart probeert te brengen waarvoor hij het op gegeven moment gaat doen. Als iemand 2 weken post onset is, dan heeft hij geen beeld. Dan zegt hij natuurlijk ik wil beter praten. Dat is niet echt een duidelijke hulpvraag. Dat is gewoon een grote wens die hij heeft, vrij logisch. En dan moet jij als professional zeggen wat de stapjes daarin kunnen zijn. Je ziet ook wel in casuïstiek dat mensen veel later realiseren dat is het waar ik het mee ga doen. Het is een continue dynamisch geheel, continuïteit. Waarbij je wel af en toe moet checken wat je zit te doen, ook al is het BOX of FIKS, het bekende werk, in

het kader dat de patiënt weet waar hij naar toe gaat. Daarin lees je ook veel literatuur in het artikel van Rhode is dat geloof ik. Zij beginnen maar gewoon aan functie gerichte therapie en voor je het weet ben je 5 maanden verder. Dan is logopedie taallesjes maken. Kijk lopen in huis of lopen op straat is zoveel duidelijker voor iedereen. Maar met de communicatie is dat zoveel breder, dus je moet duidelijker maken. Dus duidelijker voor de patiënt en uitleggen wat dan communicatie eigenlijk is. Met wie en wie daar in rol in hebben. Dat de patiënt daar verantwoordelijkheden over heeft. Dat kom je ook tegen in onderzoeken en dat kun je de eerste 3 maanden niet van ze vragen. Want ja dan vindt iedereen ehh dat hij beter moet worden.

Aukje: De partner, de gesprekspartner, die belangrijk gaat worden.

Mw. Wielaert: Ja, dat moge duidelijk zijn.

Aukje: Zeker, zeker, dat is voor mezelf terug kijken in mijn stage tijd. Dat dat zo vaak helaas geen betrokken partner aanwezig is. Waardoor je zo graag wil dat ze betrokken worden bij de revalidatie ehh...

Mw. Wielaert: Ja en is dat dan omdat je denkt dat het zo'n slechte relatie hadden waardoor ze niet betrokken waren of alleen maar tussen 9 en 5...

Aukje: Ja het is ook wel een stukje onvermogen

Mw. Wielaert: Ja dat denk ik ook ja. Het ligt eraan of daar een herbezinning is in de revalidatie. Ze moeten ook zoveel van ons in het begin, dus wij vragen dat en zorgen er eigenlijk voor ze in de revalidatie richten op de motoriek, mobiliteit. En dat is ook voor veel patiënten belangrijk. Of ja dan moet je of dat andere even laten zitten, dat komt dan later. Soms heb je zo'n koppel waarbij duidelijk is de rolstoel daar komen we wel over heen, maar praten. En dan maar wat minder fysio en wat meer logo met de partner erbij. Die komen wel boven drijven. Pas als mensen thuis zijn realiseren ze zich eigenlijk oh zo gaat communicatie. Want in het centrum is het zo gestructureerd, maar dan gaat het ook over 10 dingen. Het schema of dat het beter gaat, lekker geslapen etc. Dan komen ze er wel uit. Als ze eenmaal thuis zijn, wat dan? Dan merkt de partner het pas. Plus in onze werktijden sluiten wij niet aan met wat de partner kan. Dan heeft hij vrij genomen, maar dan krijgt hij geen vrij meer van z'n werk. Zeker in de revalidatie.

Aukje: Ik denk dat we ook even aan onze eigen tijd moeten denken.

Nicole: Ja, er zijn ook al heel veel vragen beantwoord. Er wordt in de literatuur veel geschreven over de PACE uit 1985. Dat is dan echt de traditionele therapie. Maar dat er dus ook heel veel een soort PACE-achtige methodes in therapie gebruikt wordt. Zeker ook door Goos en anderen. Wat vindt u van deze methode? Die wordt veel gebruikt tenminste...

Mw. Wielaert: Ja voor een bepaalde fase of enkele bepaalde doelen kan je het ook gebruiken. Pure PACE waarbij modelt als therapeut dat is best lastig vind ik. Ik heb dat ook meegemaakt met patiënten, wat zit je nou te gebaren? Dat kan jij toch? Dat maakt het dus wat lastig. Ik heb me ook vaak schuldig gemaakt aan PACE-achtig. Maar op die manier kan je wel, en dat vind ik nog steeds, het hoofdstuk van Geertje Janssen uit Status

Afasietherapie, die een beetje hinkte op die PACE. Dat vind ik nog steeds een prachtig voorbeeld in hoe toch met een echtpaar gestructureerd er wordt getraind. Er wordt naar meer gekeken dan alleen het praten door gebaren of iemand ergens op te wijzen. Dan heeft het zeker zijn kracht. Of in groepsverband en elkaar duidelijk maken wat er op het blaadje staat. Weet je, je moet wel bedenken dat het over transactie gaat. Heel veel communicatie gaat over interactie en over delen van gevoelens. Dan heb je aan PACE helemaal niks. Dan moet je de gesprekspartner weer trainen hoe die uitingen op te vangen.

Nicole: Ja ik heb gelezen inderdaad een onderzoek van Holland, 1991 volgens mij. Die heeft wel een aantal van die stappen waarin hij wel PACE meeneemt, maar daarin ook de omgeving betreft met de hele therapie.

Mw. Wielaert: Ja klopt.

Nicole: En dat zou dan in uw opzicht zeg maar beter zijn om dan alleen de PACE methode als traditioneel is.

Mw. Wielaert: Ja je kan het gebruiken om een met een patiënt te proberen, om uit te leggen dat er meerdere manieren zijn om iets duidelijk te maken. Zeker als je een hele tijd in de boeken zit en taaltestjes zit te maken, dan verlies je een beetje het zicht op ehh... Ik ga jou iets vertellen en als je dat niet meteen duidelijk kan maken, kan iemand een vraag stellen waardoor het wel helderder wordt. Zo doen we dat ook met elkaar. Ik heb niet alleen maar voorgekookte waarnemingen en mededelingen te vertellen aan iemand. En dat je ze daar ook meteen aan went, ook gesprekspartners. Maar ook de afasiepatiënt.

Nicole: Ja precies. Wij hebben het al gehad over die communicatiehulpmiddelen. Dat er zoveel verschillende zijn en die zomaar ingezet worden. En dat die één daar niet vaardig genoeg voor is. Murphy zegt dus dat ook dat de hulpmiddelen weinig gebruikt worden uiteindelijk. Wat denkt u dat de redenen hiervoor zijn? Wat zou er zeg maar nog anders kunnen ehm... Of is er een hulpmiddel dat gemaakt kan worden wat dit wel zou oplossen?

Mw. Wielaert: Ken je ook de artikelen van mijn collega van de Sandt over TouchSpeak uit 2007.

Nicole: Ja

Mw. Wielaert: Ik ga natuurlijk een beetje dat soort dingen zeggen, want ik heb het onderzoek mee uitgevoerd. Dus ik kan alleen uit die ervaring putten. Ik denk dat hulpmiddelen heel erg situatie specifiek zijn. Ik denk dat ze vaak, met goede bedoelingen, aanwijzen dat hij naar de wc moet. Zoiets heb ik nog nooit iemand zien gebruiken. Want tegen de tijd dat hij in het boekje kan, gaat hij al naar de wc of wijst hij het in het echt aan. Heel eerlijk gezegd. Er is ook een onderzoek, nog niet zo heel lang geleden volgens mij, over topics die door ehm... Welke thema's er in zo'n communicatiehulpmiddel moet. Dat loopt een beetje uiteen. Wij hebben met TouchSpeak gevonden dat het vooral gaat om communicatie buitenom de partner. Omdat dat vaak veel praktische dingen zijn. Of een strippenkaart bestellen, een frietje of zoiets. Vertellen wie je bent en hoe je heet. Maar misschien moeten we ons er ook maar bij neer leggen dat zoiets maar een bepaalde fase heeft. Dat vonden we bij de TouchSpeak nogal. Studenten uit Rotterdam hebben een vooronderzoek gedaan. Bij een

aantal mensen was het na 2 jaar al over, maar het heeft wel zijn rol gehad. Doordat iemand zich er zekerder door voelde dat hij de TouchSpeak had en daardoor meer durfde. En dat is misschien wel goed genoeg.

Nicole: Wie weet hoeft het niet voor altijd

Mw. Wielaert: Nee maar het is belangrijk dat het voor zo'n fase is en daarnaast heb je de selectie: wie geef je wat? Ik denk het veel te vaak als laatste redmiddel, onder druk van verpleging of anderen, ik kan niet zeggen wijs hem maar aan en we geven hem het. Maar ja waarom? Dat kan hij niet. Heel lelijk gezegd. Nou ja ik wil ook niet dood gevonden worden met een taalzakboek of gespreksboek.

Aukje: Een iPad is dan nog beter...

Mw. Wielaert: Al die apps en andere apparaten geven prima mogelijkheden. Wat ik wel merk, bij de NVAT ook, ik wil die app kopiëren, die ik wil ook gebruiken. Dan denk ik ho! Ik wil wel dat de beroepsgroep een idee heeft over wanneer en wat is de waarde van die apps in de communicatie van persoon X. En wat kan het brengen? Geeft het hoop op verbetering van taal? Is het toch nog meer een oefening? Of is het communicatief? Zodat je als logopedist ook beter kan adviseren wat de rol daarvan is. Met heel veel dingen wordt het een verkapte oefening. Omdat ze niet meer aan hun dagelijkse gesprekken kunnen deelnemen. Dan gaan ze met een boek in een hoekje zitten in plaats van met een apparaat om te gaan. Ja, misschien worden ze daar gelukkiger van, dan moeten ze het ook doen. Maar ik denk ook dat heel veel gebeurt, omdat er niets anders is of omdat de gesprekspartners zich niet aanpassen.

Aukje: Ja

Nicole: Ja, ik heb het wel meegemaakt in mijn stage.

Mw. Wielaert: En dan nog maar zo'n boek zoeken of een apparaat. We gaan de wereld ook niet redden met de PACT ofzo of met getrainde gesprekspartners, maar ik hoop wel dat ik er daarmee 2 van 10 verder kan helpen.

Nicole: Ja precies. Naast de individuele therapieën, hebben we zoals in een afasiecentrum ook groepstherapieën. En dan wordt er nog veel gesproken over hoe deze groepen eruit moeten komen te zien. De groepstherapie zou dan heel effectief kunnen zijn voor de cliënt op de kwaliteit van leven, doordat ze even kunnen delen wat er is gebeurd of dat ze andere groepsgenoten kunnen zien. De samenstelling van de groep daar is nog niet iedereen het over eens. Wat is uw visie daarop over de samenstelling?

Mw. Wielaert: Ja we hebben hier ook groepen gedraaid. Ik vind groepen heel lastig eigenlijk. Ik heb er eigenlijk ook geen antwoord op. Ik heb wel het idee dat in Rijndam, we de groepen hebben ingedeeld op ernst. Maar ik denk dat heel vaak groepen ingedeeld worden op hoe zij in het leven staan meer werken. Mensen die naar buiten treden, die naar de film gaan. En of dat nog een globaal of een amnestische, dat schiet dan misschien meer, dan als ze allemaal globaal zijn. Die misschien hele andere interesses in het leven hebben. Maar goed dat heb je niet altijd beschikbaar. Ik vind het lotgenotencontact wel heel belangrijk. Heel vaak wordt na

individuele therapie, groepstherapie. Wij zijn als logopedisten niet zo opgeleid om groepstherapie te geven, hoe je het proces in de groep krijgt. Hoe ernstiger het wordt, hoe lastiger het wordt. De cliënten communiceren allemaal met jou, de logopedist, in plaats van met elkaar. Dat zie je heel veel gebeuren. Dan geef je wel therapie in groepsverband, maar geen groepstherapie. Elman heeft daar wel wat over geschreven. Die schrijft wat meer over het groepsproces, en wat ze elkaar kunnen delen. Ja, ik ben er ook geen grote kenner van hoe het dan anders zou moeten. Ik zie zeker de voordelen.

Aukje: Maar iets meer de ideale situatie naar uw mening. Zou het dan meer zijn op interessegebied dan echt op ehh...

Mw. Wielaert: Nou ja dat is een beetje wat ik merkte hier bij sommige groepen dat er dan een klik was en dat er commitment naar elkaar was. Dat was vooral het lotgenotencontact. De een die beter was kon de ander dan nog helpen. In de afasiecentra is dat wel anders, daar is de groepsdynamiek heel anders denk ik. Het ligt er ook aan wat voor doel. Ik denk dat dat ook verschilt per centra. Los daarvan ben ik heel blij dat er afasiecentra zijn. Dat het een veilige plek is voor mensen met afasie die zelf ook dingen initiëren. Dat sommige afasiepatiënten ook vrijwilliger worden of draaiende houden. Of een les geven op de opleiding vanuit het afasiecentrum of voorlichting geeft aan studenten. Of assisteren bij tentamens zelfs is ook altijd leuk. En andere dingen die ze ontwikkelen.

Nicole: Ik wilde nog eventjes terug komen op de individuele therapie, want er blijkt dat ehm... We willen eigenlijk dat de participatie en alles wat de cliënt geleerd heeft in de therapie bij ons een beetje te generaliseren naar het dagelijks leven. Maar nu wordt er in de literatuur dat het eigenlijk een hele belangrijke stap is dat we zouden moeten doen. Maar vaak wordt die stap een klein beetje overgeslagen. Wat is uw visie hierop dat het eigenlijk gebeurt? Waarom zijn we niet altijd even betrokken bij de generalisatie naar het dagelijks leven? En hoe zou dit verbeterd kunnen worden?

Mw. Wielaert: Nou ik denk dat het weer te maken heeft met de setting waarin je zit. Op de schoolse manier waarop logopedie gegeven wordt. Logopedisten sluiten zich graag in hun therapiekamer op, lekker veilig. En ja dan is het een schoolse taak die zich zo ver afhoudt van wat er in een gesprek gebeurt, denk ik. Het komt weer neer op het betrekken van de omgeving en het naar buiten gaan wat je op de Birkhovense aanpak doet. Ik heb ook weleens tegen collega logopedisten gezegd: maak dan in je kwaliteitskring een versie waarbij er een aantal situaties uit het verpleeghuis neemt en dat je uitwerkt met een Birkhovense manier van ehh... Zet er even een paar uur je schouders eronder. Want ik snap wel, de BIPAC vraagt alleen maar naar vervoer, maar dat is niet belangrijk. Maar naar het winkeltje gaan of naar de bingo gaan of aan iets deelnemen in het verpleeghuis kan je dat uitvragen.

Aukje: Soort zelf creëren eigenlijk...

Mw. Wielaert: Ja zodat je even met een kwaliteitskring zegt ehh: we gaan even een aantal situaties die voor een verpleeghuis of een woonzorgcentrum maken die er in de regio zijn, dan kan je dat gebruiken. Je kunt nog steeds de BIPAC aanpak gebruiken, je moet even één keer de schouders onder de situatie zetten. En dan kun je met mensen bespreken, zullen we dat eens oefenen dat u naar het winkeltje gaat?

Nicole: Zou u dan meegaan?

Mw. Wielaert: Ja. Weet je dat wordt weinig gefaciliteerd. In een verpleeghuis is dat wat makkelijker. Dat gaat ook wel wat minder worden. Maar zeker in een woon-leefklimaat waar mensen worden ingehuurd, zijn veranderingen gaande. Hier is dat wat lastiger ehh... Kijk de ergotherapie gaat ook, dus waarom ga ik niet mee naar de winkel om te kijken? Met de TouchSpeak heb ik dat wel gedaan. We gaan nu vis kopen. Dan gaan we kijken hoe dat gaat en hoe dat gaat met TouchSpeak. Wat gaat daar wel in en wat gaat daar niet in? Er gaat een wereld voor je open als je dat observeert in relatie wat je aan tafel ziet. Je kamer uit en omgeving betrekken, meer situatiegericht, activiteitgericht en oefenen. Misschien komen daar wel doelen uit die je in stoornisgericht therapie wilt uitwerken. Misschien loop je er wel tegen aan dat ze continue hij/zij door elkaar halen. Als we daar even een paar lessen aan besteden door veel huiswerk. Wie weet helpt dat. Of kan je een iets specifiekere oefening geven.

Nicole: Stoornisgericht en functioneel gaan eigenlijk een beetje samen

Mw. Wielaert: Ja, maar dan is het stukje stoornisgericht is van de activiteiten die ze willen aanpakken. Dat zou het mooiste zijn als je met een patiënt dat traject kan aanpakken. Waar wilt u weer heen straks? Dat is nogmaals moeilijk voor ze in het begin van de revalidatie om dat te overzien, dus neem je ze een beetje aan de hand. Maar je kunt het gesprek wel aan gaan. Wie zijn er bijvoorbeeld belangrijk om mee te praten? Uw vrouw of uw dochter en uw zoon. Moeten we die iets vertellen over afasie? Zullen we een informatieavond voor ze organiseren? Dan gaan wij samen een PowerPoint presentatie maken. Dan gaan we in de presentatie zetten wat u belangrijk vindt en zij moeten weten. Hoe wilt u dat u geholpen wilt worden? Dat gebeurt steeds vaker.

Aukje: De omgeving erbij betrekken. En er wordt in Engelstalige instrumenten over kwaliteit van leven gesproken, om dat te meten. In Nederland hebben we die eigenlijk niet.

Mw. Wielaert: Ja van de Hogeschool Zuyd is er een kwaliteit van leven instrument. Dat weet Ruth wel als je die spreekt. Dat blijft volgens mij op scriptie niveau. Ik denk niet dat die officieel is uitgegeven, maar er rouleert wel iets. Volgens mij is de ALQUI, dat is oorspronkelijk Duits, maar dat weet ik even niet zeker. Maar er is iets van Hogeschool Zuyd. Ik heb zelf geen instrument van kwaliteit van leven meegenomen in mijn onderzoek, omdat ik denk dat het zoveel groter is dat je daar niks op gaat vinden ook al zit je op die communicatie. Voor ons als logopedisten iets belangrijks in je leven, maar dat geldt niet voor iedereen. Want ja er gebeurt zoveel na een CVA. Er komt keer op keer in onderzoeken naar voren dat je daar weinig in terug vindt. Je moet het specifieker meten. Aan de ene kant het wordt vaak meegenomen in onderzoek, maar het doet niks. Dat is dan de boodschap. De kwaliteit van leven verandert niet, hoe kan dat dan? Ik zou het wat dichter zoeken bij de kwaliteit van de communicatie. Ik heb net ook een meting gedaan van een echtpaar. Die zijn inmiddels nu een jaar post onset. De PACT was heel succesvol. Ze praten veel gelijkwaardiger. Maar de partner is depressiever aan het worden en heeft het er wat moeilijker mee. Meneer is erg vooruit gegaan op stoornisniveau nog, cognitieve taal. Zijn vrouw is naar beneden aan het zakken, want die denkt oh dit is het. De meneer kan niet

meer werken. Hoogopgeleide man. Bepaalde dingen kunnen niet meer. Het leven gaat er zo anders uit zien.

Nicole: Die kwaliteit van leven is dan voor die partner, en misschien ook wel.. Dan zou het meer inderdaad kwaliteit van communicatie ehh...

Mw. Wielaert: Ja want daar is ze heel lovend over, heel blij. Dat ziet ze ook. Ze is geholpen door meer dingen met hem te delen. Ze heeft dingen met hem afgesproken die ze eerst moeilijk vond om toe te geven, maar nu in dat gesprek binnen hun conversatie verloopt ehh... Snapt hij dat? Dus dat is winst. Maar in het hele geheel zijn er zoveel andere dingen, zeker in deze fase. Als ze het huis verkoopt, staat ze er alleen voor. De communicatie verandert, maar dat wil niet zeggen dat het niet waardevol is.

Aukje: Ja duidelijk. PACT gaat verder dan alleen communicatie.

Nicole: Nog 2 vragen. We hebben het ook al over die inventarisatie gehad van die hulpvragen die buiten de ICB zouden omgaan. En de evaluatie, hoe evalueert u dan eigenlijk de hulpvraag? Stel hij staat niet in het ICB of BEBA.

Mw. Wielaert: Nou in de BEBA is het de situatie die je doet, dan kun je nog steeds scoren hoe tevreden. Dat maakt dan niet uit. Dat blijkt natuurlijk in zeker mate subjectief. Die normering is blijven hangen op een niveau waar Yvette het onderzoek stopte. Ja, dat zou iemand kunnen oppakken, voor de klinische dagelijkse praktijk als ze tevreden zijn en ze hebben geen hulpvraag meer. Ze komen niet meer terug in een centrum waar ze geld kosten, dat is ook al een uitkomst. Niet alles hoeft altijd evidence based, het liefst wel, maar op dat niveau wordt dat heel moeilijk. Omdat er zoveel andere factoren meespelen.

Aukje: Maar wat u net ook al zei, wat ik opvallend vond van je hebt dan een instrument dat handvatten geeft. Daarnaast wees zelf er creatief mee. Dus daar staan situaties in, maar die situaties zijn voor die persoon niet van toepassing. Pak er zelf een en werk die op die manier uit.

Mw. Wielaert: Ja, ja.

Aukje: Dat zou dan ook eventueel kunnen gebeuren met de evaluatie van die hulpvraag eigenlijk

Mw. Wielaert: Ja, want dan sluit je aan. Het is eigenlijk een methodiek die je gebruikt. Dat die methodiek nu vraagt over reizen met het openbaar vervoer zoals in de BIPAC staat. Of als je die methodiek bevraagt met het bezoeken van de bingo samen met een buddy die is aangesteld om dat te doen in het verpleeghuis. Ik roep maar wat. Dan kan je dat nog steeds zo bevragen.

Nicole: Ja, ja. Precies.

Aukje: Ja duidelijk.

Mw. Wielaert: Enerzijds door de productiedruk en heb je geen tijd. Dan wil je gewoon iets uit de kast trekken en dan kan je dat doen. Dat snap ik heel goed. Ik heb ook wel eens een hele dag uit één doosje behandeld. Ik had gewoon geen tijd om na te denken. Ik heb vandaag doosje X en daar behandel ik iedereen mee. Dat was heel leuk. Maar dat wil je liever niet. Maar er zijn ook logopedisten die het wel makkelijk vinden als iemand het allemaal voor ze uitzoekt, kopieert etc. En het ze dan ook nog voert. Daar heb je geen HBO opleiding voor gedaan, vind ik.

Nicole: Nee

Aukje: Nee, dat is waar ja. Ik ben nog wel benieuwd naar de vraag. Toch nog even dat stukje cognitie, emotie en gedrag zeg maar. Bijkomende stoornissen eigenlijk. Ja, dat is lastig om zo basaal te zeggen denk ik, maar welke hebben nou de meest negatieve invloed op de behandeling wat u betreft? Kan u daar iets over zeggen?

Mw. Wielaert: Aandacht is misschien wel het alle belangrijkste. Die hele basale cognitieve zaken zullen een probleem zijn. Daarnaast stemming. Stemming drukt natuurlijk ook de aandacht, maar dat zou daar dan secundair aan zijn. Primaire aandacht stoornissen.

Aukje: Met stemming, moet ik dan echt denken aan depressie of meer motivatie?

Mw. Wielaert: Nee, depressie.

Aukje: Oké, maar motivatie...

Mw. Wielaert: Als iemand niet gemotiveerd is, dat kan. Maar dan moet je weer verzinnen of dat uit depressie voor komt of dat dat aangedaan is. Neuropsychologen moeten dus goed met logopedisten samen werken. Om naar de cognitie te kijken. Dat is ook iets voor het afasieteam. Dat doen wij ook met de GANBA bij globale afasie. Basale taken waarbij je als neuropsycholoog niet naar moet streven om scores neer te zetten, maar ook gewoon iets kwalitatiefs tot stand komt. Maar ook in samenwerking met de omgeving. Je kan op basis van een testje zoveel observeren van de een of andere hoek. Zoek die samenwerking. Taal is natuurlijk een cognitieve functie en in heel veel opzichten niet te scheiden van de rest.

Aukje: Zijn die cognitieve functies, emotie, gedrag en cognitie, wat u betreft heel anders als u op activiteiten en participatieniveau aan het werk bent of meer stoornisgerichte stukje.

Mw. Wielaert: Als iemand wat geheugen problemen heeft denk ik dat ik eerder naar iets op activiteiten en participatieniveau zou zoeken naar iets in de belevingswereld omdat beter beklijft zou ik gokken dan een taaltestje. Dat schoolse leren gaat natuurlijk heel erg van een geheugenfunctie uit, het opslaan. Als je het even heel strikt zo noemt. Of hemianopsie of neglect, goed overzien. Ik weet niet of je dit zo algemeen kan zeggen. Misschien moet je beter naar de patiënt kijken. Met stemming, maar dan zou je ook kunnen denken.. Om de stemming te verhogen moet duidelijk zijn wat jij kan doen waar dat die cliënt brengt en waar hij aan werkt. Ik kan me voorstellen door als logopedist 6 maanden lang zonder te checken je op de taal te storten. Kijk jij bent de professional, maar je moet wel duidelijk benoemen waar het geen gaat. Dat lijkt me niet goed. Als het duidelijk is voor de cliënt waar hij aan werkt, omdat hij dan weer X kan doen of Y kan doen. Dat hij weer kan praten en dat is waar

je je schouders onder zet. Een stoornisgerichte oefening of een activiteiten gerichte oefening. Maar goed, dat moet bij het stadium van de patiënt passen om dat te kunnen overzien. Dat kan denk ik niet bij iemand met 3 weken post onset.

Nicole: Nee precies, nee.

Nicole: Ik heb nog één heel dringende vraag. Van de Sandt-Koenderman die schrijft in haar artikel uit 2011 dat computertechnologie de behandeling voor een groot gedeelte zal gaan overnemen. Dat de cliënt meer te zeggen zal hebben over zijn eigen revalidatie. En dat wij als logopedist daar een meer coachende rol in hebben. En dat wij langs komen wanneer er getest moet worden en dat we een soort van vinger aan de pols houden hoe het gaat met de cliënt. Maar dat de cliënt vooral zelf zijn revalidatie bepaalt met computerprogramma's. Heeft u hier ideeën over? Wat is uw visie daarop?

Mw. Wielaert: Ik weet niet of ze bedoelt dat hij het helemaal zelf bepaalt.

Nicole: Meer een eigen rol.

Mw. Wielaert: Ja, maar dat zeg ik nu ook al. Dat je als logopedist meer moet luisteren naar wat hij wil en in dienst van welk communicatief doel dat hij heeft die in de therapie moet staan. Als we ergens evidence voor hebben dan is dat wel veel oefenen. Je krijgt pas verandering van functie als je het veel oefent. Maar daar hebben we straks de tijd niet meer voor. Het mes gaat er gewoon in. En dan spelen computerdingen een rol om de intensiteit op te poetsen, maar dan is er wel nog altijd de logopedist die kan uitdokteren wat het niveau van de oefening moet zijn of het semantisch of fonologisch moet zijn. Dan zit je één keer in de week bij de logopedist. Om te kijken of het lukt en of je de oefeningen wel daadwerkelijk doet. En of je nog aansluit bij het niveau. Plus juist in je activiteitengerichte dingen en in het trainen van partners en dat soort dingen. Dat is juist die coachende rol. Dat moet de logopedist dan meer gaan doen. Wat is communicatie en waar gebruik je het voor etc. Maar dat functiegerichte training ehh... Linguïstische training, kijk dat kan in computerprogramma's.

Nicole: Dat zou op activiteitsniveau in mindere mate..

Mw. Wielaert: Ja, ik denk dat er daar veel meer ingespeeld moet worden op wat de situatie is, dat wordt wat lastiger.

Aukje: We hebben ook nog wat algemene. Wat u gedaan heeft voor de functionele therapie. Dat is vooral de PACT. Zijn er nog andere dingen?

Nicole: U bent nu bezig met een nieuw boek, Status Afasietherapie deel 2. Wat trekt u eigenlijk zo aan in de functionele therapie?

Mw. Wielaert: Nou ik denk dat vooral voor zowel de cliënt als de logopedist duidelijker is wat ze aan het doen zijn met die communicatie. Weet je dat als je je echt focust op die cognitief-linguïstische therapie, die overigens ook zeer goed is, dat je het doel waarvoor je het doet wat makkelijk uit het oog verliest. Dat het met die andere therapie duidelijker is. Maar het gaat me meer om hoe overleg je met een partner wat communicatie voor die persoon is. Met

wie en waar. En hoe krijg je dat op de rails. Welke oefeningen zijn dan nodig? Dat kan een tijd semantische therapie zijn om iets op te krikken, om te gebruiken in. Ik denk dat het zoveel meer moeten zien dan we beginnen maar gewoon met BOX of FIKS. En de omgeving betrekken. Communicatie doe je niet alleen en die ander heeft daar een rol in. Iemand die zit in een rolstoel en kan niet meer lopen. Je weet dat je niet aan verlamde armen moet gaan trekken, maar als iemand afatisch is gaat iemand zich niet aanpassen. Dat is raar. Dat is moeilijk, want die ander moet iets in zijn attitude veranderen. Dat is lastiger. En kijk daar is de drempel. Maar gedragsverandering van een ander die een probleem heeft, zoals het nu in de medische wereld gezien wordt.

Nicole: Vooral die omgeving die is eigenlijk onmisbaar in de therapie, terwijl die eigenlijk op dit moment niet eens zo heel veel betrokken wordt.

Mw. Wielaert: Nee, nee, daarom is, wat ik een innovatieprogramma noemde, in de revalidatie ook niet zo in beeld nee.

Aukje: Maar ook de Hogeschool Utrecht ook nog niet zo in beeld.

Mw. Wielaert: Nee klopt.

Aukje: De PACT, die heb ik op mijn stage gezien voor het eerst.

Mw. Wielaert: Marloes en Evelijn zijn natuurlijk ook wel ehh hardcore cognitief-linguïstiek types. Ik kom ook lesgeven binnenkort in Utrecht.

Aukje: Oh leuk!

Mw. Wielaert: Aan derde of vierdejaars.

Nicole: Super. Ik heb nog een hele lastige vraag en hele open vraag. Daar hebben we al een beetje antwoord op, maar waar nu echt het gat zich bevindt in wat we nu zeg maar doen en wat de ideale situatie zou zijn. De omgeving dus eigenlijk veel meer zouden betrekken, wat dus nu niet gebeurt.

Aukje: Meer dat procesmatige wat ik u ook steeds hoor zeggen aan het begin. Waar wil je heen? En niet zomaar wat gaan doen.

Mw. Wielaert: Worrall, mede auteur van die Australische artikelen, die noemt het participation in choice, approach, maar dat heeft ze op een congres een keer uitgelegd. Ik kan alleen niet in de literatuur niet zoveel over vinden, maar dat zit wel verwerkt in die goal setting artikelen die ik jullie heb gestuurd. En dat is ook steeds een beetje wat ik nu ook zeg. Als je een patiënt bevraagt over de hulpvraag, als jij je vraag formuleert richting een stoornisdoel, dan krijg je ook een stoornis antwoord. Als je zegt, wat is voor u zinvol om straks weer te kunnen in uw dagelijks leven, dan op een participatie niveau antwoord. Of welke dingen wilt u weer kunnen op z'n minst waar u taal bij nodig heeft. Een brief schrijven of de krant lezen. Wat wilt u weer kunnen? Dan zeggen ze ik wil weer praten. Dat is logisch. Als je daar bij blijft, dan blijft dat zo. Logopedisten vragen niet kritisch door en die vragen sluiten ook niet aan bij die niveaus. Als je daar al mee begint, is dat oké. Dan heb ik een

voorstel voor je. We beginnen daar. En dat kun je doen met heel eenvoudige kringetjes. Vanaf het begin af aan. De vraag is dan of ze het helemaal snappen, maar toch maak je ook kringetjes. Partner erbij, uitleg geven. Dit is waar we zitten en dit is waar we naar toe willen. En we gaan elke keer weer toetsen waar we zitten en dat u nog vindt dat we op koers zijn. Of wat we zitten te doen daar bij aansluit.

Nicole: Ook vooral het contact met de cliënt over wat hij wil en niet onze eigen zin..

Mw. Wielaert: Ja, je hoort toch nog regelmatig, dat is overal in elk land. Maar er was iemand die had de MIT geoefend, 3 maanden lang. Ik wil koffie. Maar hij lustte geen koffie.

Nicole: Ja dat soort dingen.

Mw. Wielaert: Maar hij heeft dus kennelijk ook zich in die situatie niet veilig gevoeld of cognitief niet in staat geweest om te zeggen ehh...

Nicole: Dit wil ik niet..

Mw. Wielaert: Koffie vind ik vies. Dat had hij ook kunnen doen. Maar dat kon hij dus waarschijnlijk niet. Maar dat heeft de logopedist niet gecheckt.

Aukje: Ik ben ook nog geen logopedist en heb 0 ervaring, maar ik misschien zeg ik dat niet goed. Maar als ik, uit mijn ervaring uit het revalidatiecentrum, dat het soms ook gewoon is je probeert maar wat. Je probeert maar een ingang te vinden. Want je hebt geen contact met iemand.

Mw. Wielaert: Ja herken ik en dat is ook moeilijk. Maar dan nog ehh... Misschien kan je met die mensen wel door middel van tekeningetjes uit te lokken of te benoemen wat deed u. Een systematische vragenlijst. Wat vindt u belangrijk? Met wie had u contact? Maar soms zeg je ik neem u een maand lang aan de hand en we gaan oefenen omdat jij uit je testen te weinig haalt. Je denkt ik moet observerend behandelen, maar dan is je doel observerend handelen. En niet taalbegrip verbeteren. Dat redt je niet. Maar dat sluipt er dan toch weer in en dan zijn we auditief taalbegrip aan het verbeteren. Dat is ook een hele belangrijke.. Ik snap het wel. En er zijn ook heel veel mensen die zeggen: u bent de professional, u weet het, dus zeg het maar. Dat is medisch model denken. Maar het is uw leven, het is uw gesprek en niet het mijne. Daar moet u over denken en uw familie. Dan heb je nog mensen die alleen op de wereld zijn, dat is ook lastig. Misschien, nu ga ik iets heel lastigs zeggen, moet je ook niet zo heel veel tijd communicatief besteden aan mensen die altijd al alleen op de wereld waren en er niet zo'n behoefte aan hebben dan anderen. Ja, je gaat geen grote praters van ze maken.

Nicole: Dat hoeven ze misschien ook niet.

Mw. Wielaert: Nee, een kwestie van straks keuzes maken en tijd verdelen. Bij wie doe je het wel en bij wie niet? Ja, dat weet ik niet. Het is een balletje wat ik op gooi, ook daarin kun je gevaarlijke dingen..

Aukje: Ja het is natuurlijk wel een beetje van ehh... Wanneer maak je de beslissing, gaan we nog verder behandelen? Hoelang gaan we er mee door? Een soort beslisboompje waar

Marloes het ook wel eens over heeft. Je kunt het cognitief zien, maar je kunt ook verder kijken naar omgeving en naar iemand persoonlijk..

Mw. Wielaert: Ja nu wordt er te vaak gekoppeld aan het plafond van testjes dat is bereikt. Nee, ik wil weten of het doel van de patiënt is bereikt. En dat is dat hij weer een briefkaart naar zijn dochter in Australië wil sturen of een e-mail op een manier dat hij het voldoende vindt. En niet omdat de Boston Benoemtaak op X is. En weet je, mijn taalbegrip kan ook nog verbeterd worden bij wijze van spreken. Het is oneindig die doelen.

Aukje: Duidelijk denk ik, we hebben veel informatie.

Nicole: Heel veel informatie! Oké, allerlaatste vraag, dat is een hele gekke vraag, maar ik ga hem toch stellen. Als u nou de meest voorkomende functionele hulpvragen, kunt u daar een top 3 van maken?

Mw. Wielaert: Nee dat weet ik niet. Nee, dat durf ik niet te zeggen. Ik zit er ook nog te kort voor in het onderzoeksgebied waarin ik nu zit. Dat is voor mij ook een heel leerproces als ik die partners weer spreek. En hoe het er thuis aan toe gaat als ik die video's terug zie. En daar ben ik ook nog lang niet achter. Nee, durf ik niet te zeggen ehh, laat ik dat maar niet doen.

BIJLAGE 12 TRANSCRIPTIE INTERVIEW MW. DALEMANS

Introductie van Wencke

Wencke: Wat mist er nog waardoor we het ideaal kunnen maken.

Mw. Dalemans: De brug die je nog moet slaan

Wencke: Precies, het gat

Myriam: We hebben al een heel literatuur onderzoek vooraf gedaan.

Mw. Dalemans: Oké, Das mooi

Myriam: Daar hebben we ook al wel het nodige, veel uit gehaald.

Mw. Dalemans: Ja

Myriam: Maar ter aanvulling is dit wel echt een goeie.

Wencke: Want je hoort heel veel verschillende dingen. We hebben nu een aantal interviews gedaan, zoals ik net zei. Ze zeggen wel ongeveer het zelfde, maar ook weer niet helemaal.

Mw. Dalemans: Spreekt het elkaar ook tegen?

Myriam: Nee dat niet echt. Wencke: Nee nee

Wencke: Maar iedereen heeft wel andere inzichten dus iemand anders zegt weer van ohh ik zou het zo doen.

Myriam: Echt tegenspreken zijn we nog niet echt tegengekomen, nee dat niet, wel andere inzichten.

Mw. Dalemans: Das mooi, das ook de bedoeling.

Myriam: Zeker

Wencke: We hadden eigenlijk als eerste vraag, een beetje meer een algemene vraag, uhhhm, wat nou eigenlijk functionele therapie is. Zou je dat in een zin of twee zinnen kunnen definiëren.

Mw. Dalemans: Wat voor mij functionele therapie is?

Wencke: Ja

Mw. Dalemans: Functionele therapie is voor mij een therapievorm waarbij je zoveel mogelijk aansluit bij de behoefte van uhh de cliënt waardoor hij zijn leven beter terug kan oppakken.

Myriam: Ja

Mw. Dalemans: Das voor mij functionele therapie. Dus dat een functie staat van et terug

kunnen oppikken van de draad van zijn leven of uhhh het zoeken van nieuwe uitdagingen als datgene wat niet meer lukt. Uhhh

Myriam: Ja

Wencke: Dus eigenlijk echt weer meedraaien in de maatschappij

Mw. Dalemans: Ja

Wencke: Ok, dan eigenlijk gezien vanuit de hulpvraag of behoefte

Mw. Dalemans: Ja, vanuit de cliënt vanwaar hij gelukkig van wordt, eigenlijk.

Wencke: Hij staat voorop.

Mw. Dalemans: Ja

Wencke: Ja die is heel goed

Myriam, Wencke en Mw. Dalemans: Lachen

Wencke: In welk stadium zou je deze therapie in kunnen zetten?

Mw. Dalemans: Volgens mij moet je daar vanaf dag één mee beginnen. Het is uhhh iets wat ik ook altijd op congressen verkondig. Je mag gerust op stoornis niveau werken, als je maar goed voor ogen hebt waar je uiteindelijk naar toe wilt met de cliënt. Dus je moet eigenlijk naar mijn idee vanaf het begin heel goed in beeld hebben uhhh hoe het leven van de cliënt eruit zag voor uhhh de afasie, wat toen zijn drijfveren waren en wat dan de kernwaarden zijn van iemand en uhhh wat iemand graag nog achteraf nog wil blijven oppakken. Nu op in de acute fase is dat niet iets waar die persoon mee bezig is wat wat wat je dan ziet als mens die het meest naar voren komt is ik wil terug kunnen praten.

Wencke: Ja

Myriam: Ja

Mw. Dalemans: Uhhhmm maar goed dat prima dat die persoon de behoefte of de drive heeft om terug te kunnen praten, maar waar je dan op oefent in dat praten, moet je gericht zijn op waar iemand weer terug terecht wil uhhh komen. Dus als iemand weet ik niet uhhh zelfstandig uhh sportwinkel uitbater is is dat de woordenschat die iemand terug beheersen naast klein eten en drinken ja uhh de dagelijkse dingen. Moet je daar naar toe werken denk i.p.v. een standaard klapper uit de kast nemen waarin je woordvinding zit te oefenen dan heb ik zoiets, maak het meteen functioneel zorg meteen dat je zorgt dat hij de woordenschat kan terug winnen uhh die voor hem belangrijk is, ...(..).. kies dan dat deel dat voor hem belang is. Vandaar vanaf het begin functionele therapie.

Wencke: Ja, ja, inderdaad in de acute fase is iemand nog heel instabiel.

Myriam: Ja

Mw. Dalemans: Ja, verward weet ik veel wat. In die fase moet je de familie heel erg betrekken om zicht te krijgen. In uhhh wie is deze persoon wat wat uhh hoe zag z'n leven

eruit, wat is voor hem belangrijk. Naast een stukje oefenen op een stukje op uhh dat iemand zijn primaire behoefte kan kenbaar maken, op welke manier dan ook. Is dat de stap die ik zou zetten.

Myriam: Ja, ik vind wel uuhmm als je daar over leest zeg maar dan volgens mij hebben wij ook wel gelezen dat dat juist in die de meningen zijn daar heel erg over verdeeld dat in de acute fase dat dat dat juist dat heel erg dat stoornisgerichte moet gaan trainen om het weer allemaal een plekje te geven. Hoe verklaar je dan zeg maar toch dat je ook functioneel erbij moet pakken, dus je wil natuurlijk toch dat systeem zoveel mogelijk op orde brengen.

Mw. Dalemans: Ja, als je kijkt naar stoornis stoornis gerichte benadering, dan praten we heel vaak over woordvloeiendheid stimuleren dat soort aspecten, heb ik zoiets van, vooral die woordvloeiendheid stimuleren maar pak dan de woorden die voor hem functioneel zijn. Dat bedoel ik ermee! Je mag gerust stoornisgericht bezig zijn he, bijvoorbeeld zinslengte proberen uit te breiden, woordvloeiendheid stimuleren, woordvinding of weet ik veel wat, maar koppel dat dat meteen aan de leefwereld die voor hem van belang is. Dan wordt het ook meteen functioneel. Ook al ben je stoornis gericht bezig.

Wencke: Ja klopt

Myriam: Ja

Mw. Dalemans: Uhh in de meer acute fase

Myriam: Duidelijk

Myriam: Ja, heel goed

Myriam: Uhhh ja gaan we over op de casus.

Myriam: Even kijken ik heb een casus uhh meegenomen ik weet niet of.

Mw. Dalemans: Ik heb em snel nog even zeg maar...

Myriam: Eigenlijk is onze vraag als je zo'n casus ziet, wat zijn de eerste stappen, ideeën die nou uhh waar je aan denkt?

Mw. Dalemans: Ja uhhmm.. wat ik bij waar ik altijd mee zou starten is dus beginnend een ICF model en probeer deze casus nou is in een ICF model zichtbaar te maken zodat je meteen zicht hebt op welke gegevens heb je al en waar ontbreken nog gegevens. Wat dit is eigenlijk nog een redelijke magere casus. (gelach) er zit al wel behoorlijk wat in, maar toch ontbreekt er ook nog wat.

Wencke: Ik moet wel zeggen dat we dat expres gedaan hadden, om te kijken wat is nou eigenlijk belangrijk is om te weten

Mw. Dalemans: Ja ja, dus wat ik zou doen is eerst dat ICF model proberen in te vullen en heel helder te krijgen uhhh wat is nou die hulpvraag van de cliënt. Die heb je onderaan uhh uhhh proberen te verwoorden. Dat mail contact met de dochter vindt ze heel belangrijk en vrijwilligerswerk weer uhhh kunnen uitvoeren. Uhhh nu als dat uhhh als dat de hulpvraag is van de cliënt dan zou ik ook kijken, hoe zou iemand terug willen mailen? Waar waar waar gaat het dan mis in het mail contact. Maar ook dat ze zelf met werk iets verder in kaart

brengen. He, je ziet wat je uhhmm mevrouw heeft best wel een sociaal netwerk he er zijn best veel mensen die ook zoals ik het me kon herinneren die haar echt wel willen helpen en ondersteunen, hoe kun je die kracht nog verder inzetten om uhh het sociaal netwerk ook groter te maken. Uhhmm want ik vind haar hulpvraag nog al beperkt, ik kan me voorstellen dat er nog wel meer zaken zijn die ze uhhh graag uhhh wil kunnen dus voor mij is in dat opzicht de casus nog een beetje mager.

Wencke: Ja

Myriam: Ja

Mw. Dalemans: Dus waar ik mee zou starten is eerst goed in kaart brengen, hoe ziet dat ICF model eruit, welke problemen heeft ze naast de afasie, he ze er worden er wel een paar genoemd. Mobiliteit, ja daar staan geen bijzonderheden, maar heeft ze daarnaast nog een hemianopsie of een neglect of weet. Dat kan ik hier allemaal niet echt in terug vinden.

Wencke: Nee, maar is dat wel belangrijk om te weten?

Mw. Dalemans: Ja vind ik wel, ja de persoon is meer dan alleen afasie, dat hele kader is dus heel belangrijk. Goed het hele totaal beeld in kaart te brengen. Hoe is de rest van haar gezondheid? Heeft ze iets van suikerziekte ofzo? Wat je vaak ziet, dat is een belangrijke indicatie voor het krijgen van een CVA. Ja, dat betekent dat daarnaast je nog veel andere dingen te managen hebt buiten je taal probleem. Dus dat vind ik wel heel belangrijk uhh om de medische indicatie heel helder te hebben. Daarnaast kijken uhhhh op activiteiten niveau, waar waar zitten dan al haar uhhh kansen waar is ze sterk in, waar waar zoekt ze problemen in. En dan participatie niveau, je hebt wel een aantal dingen aangegeven ze is op pensioen volgens mij, kleinkinderen waar ze op let en dan vrijwilligerswerk in het verzorgingstehuis he dat zijn de activiteiten op dit moment, maar hoe zag dat er vroeger uit? Wat was haar beroep ervoor? Sterktes daaruit, die ze toen heeft ontwikkeld gebruiken om haar afasie nu te compenseren. Dat soort informatie zou ik ja nog nodig hebben. Dus daar zou ik eerst achteraan gaan, ik zou ik zou best behoorlijk wat tijd steken in diagnostiek.

Myriam: Ja precies, dingen uitpluizen van uhhh

Mw. Dalemans: En vooral met he zicht op, wat werkt nog verder belemmert en hoe kunnen we kijken welke belemmeringen we kunnen opheffen en me welke belemmeringen we moeten we gaan compenseren. En daarnaast welke capaciteiten of kwaliteiten heeft mevrouw die we verder moeten gaan uhhh misbruiken om haar problemen te compenseren.

Myriam: Mm mm

Mw. Dalemans: Dus uhh dat dat vind ik een hele belangrijke eerste stap, en wat goed in kaart brengen dan haar persoonlijke factoren heel duidelijk in kaart brengen. Hoe staat zij in het leven? Is ze iemand van nature heel optimistische is of pessimistisch van aarde? Is het iemand die blijft proberen als iets niet lukt, is een heel belangrijke indicator van uhhh richting participatie he. Hoe gemotiveerd is iemand hoe oplossend is iemand, hoe assertief is iemand. Durf je naar iemand toe te gaan, of durf je dat niet als je een vraag hebt. Dat soort informatie is heel belangrijk ook een stukje life event, wat heeft iemand meegemaakt in zijn leven. Hoeveel inspiratie kracht heeft iemand, Is iemand wantrouwig of heeft iemand vertrouwen in het leven? Is heel belangrijk en dan daarnaast die sociale omgeving van uhhh hoe groot is dat sociale netwerk en uhhh hoe kan je behouden dat het sociaal netwerk ook

zo groot blijft. Wat je ziet uhhh vrienden en familie heel vaak wegblijven nadat mensen een afasie hebben gehad gewoon omdat ze echt niet weten hoe ze ermee moeten gaan. En mensen zelf niet vaak eens weten wat de afasie is. Dus het ook niet kunnen uitleggen, dat blijft echt een probleem. Ook al denken wij als logopedisten dat we het goed uitleggen aan hen. Uhhh zie je dat vaak op dat moment dat het wordt uitgelegd nog niet binnenkomt omdat met zoveel met zoveel andere dingen bezig is, dat het gewoon niet niet uhh opgenomen wordt. En achteraf als dan gevraagd wordt, heeft iemand uitgelegd wat afasie is zeggen ze vaak het is me niet uitgelegd of ik heb het niet begrepen. Want op dat moment zonder emotie bepaalde informatie niet binnenkomt wat dat is sociaal netwerk goed in kaart brengen, kijken welke mensen je binnen welke cirkel uhhh kunt inzetten om uhhh dat sociale netwerk te behouden of zelfs uit te breiden. Dat is een heel belangrijke factor richting participatie. He, dat je een netwerk hebt. Dus dat zijn allemaal dingen die je heel goed in beeld moet brengen. En ja als je dan alle puzzeltjes hebben, alle puzzelstukje hebben waar gaan we dan het eerst aan werken. Wat is dan prioriteit voor mevrouw. Hier heb je er dus twee uitgehaald. Dat mailcontact en dat vrijwilligerswerk. Ik lees hier niks meer over de kleinkinderen (...) passen of niet? Kan me voorstellen van wel, en wat heeft ze daar dan voor nodig, of weet ik veel wat. En dan heel gericht uhhh therapie op gaan inzetten.

Myriam: Ja

Mw. Dalemans: Ja, en dat zal voor een deel directe therapie zijn maar ook een groot deel indirecte therapie het ligt eraan welke fase. Hij is 7 maanden dus toch al wel richting chronische fase aan 't gaan he, dus dat betekend toch dat je meer richting compensatiestrategieën gaat dan dat je echt uhhh gaat gaat reorganiseren, oké we hebben al van alles geprobeerd. In die fase zit ze eigenlijk en dan kom je in de fase van uhhh oké dit is dit is de begin situatie van de chronische fase uhhhmm hoe gaan we compenseren. Dat gene wat beperkt is zal in grote mate beperkt blijven, maar hoe gaan we dat nu uhhh zo omvormen dat iemand daar zo weinig mogelijk last van heeft. En dat betekend heel sterk de omgeving meenemen in alles wat je doet. En uhhh oplossingsstrategieën ontwikkelen samen met mevrouw. Als ok, als je hier tegen aankomt welk hulpmiddel pak je dan uit je koffertje. Ga je vragen, ga je gebaren, welke communicatiestrategie ga je inzetten of ga je hulp vragen aan iemand anders. Je moet eigenlijk iemand helpen een heel arsenaal aan compensatie strategieën aan te leren. En iemand daar vooral in coachen denk ik, je rol wordt dan veel meer coachen. In functionele therapie van, iemand anders uhhh de tools meegeven om zelf tot oplossingen te komen of zelf zijn probleem te (...).

Myriam: Ja

Mw. Dalemans: Is dat een beetje? Ik heb zolang gepraat nu, ik weet niet eens meer wat de vraag was

Myriam: Het ging eigenlijk gewoon over de casus

Allen: Gelach

Wencke: Het denkproces, dus eigenlijk wat je in het begin doet is het ICF schema helemaal invullen, alle domeinen worden ingevuld en dan ga je bekijken van ok wat heeft nou eigenlijk prioriteit voor mevrouw en daarmee gaan we beginnen.

Mw. Dalemans: Ja

Wencke: Oké dat is wel heel helder

Myriam: En uhhmm uhh de de volgende vraag die we gaan stellen hebben niet echt betrekking op de casus, het zou wel kunnen zeg maar je kan het er aan koppelen, maar het hoeft niet.

Maar over het inventariseren van de hulpvraag hoe gebeurd dat nu en wat is daar de ideale manier in?

Mw. Dalemans: Wat ik nu denk er wat ik zie op basis, ik werk zelf niet meer in de uhhhh praktijk werk als onderzoeker in de praktijk, dus op die manier kom ik wel veel in aanraking met logopedisten en is dat logopedisten heel vaak denken dat ze de hulpvraag van de cliënt denken en de vraag hebben maar dat eigenlijk niet echt gedaan hebben. Uhhmm dat kan eigenlijk ook uit mijn promotie onderzoek naar voren de hulpvraag onvoldoende bekend bij de logopedist en daarvoor mijn optie van vul eerst het ICF model in dat je de leefwereld kent van iemand en dan op het eind het liefst, ik weet niet of je het RPS model kennen?

Myriam: Ja

Mw. Dalemans: Dat je het ICF dan vertaald naar het RPS model dan kun je heel mooi de hulpvraag in de bewoording van de cliënt in beeld hebt en dan je die achteraf terug (...) hij wat wilde hij nog eigenlijk.

Myriam: En waardoor denk dat dat komt dat logopedisten dat dan toch niet echt helder hebben. Ze vragen het wel uit, uit de interviews blijkt ook dat we vragen erna dus ergens gaat er dan toch iets mis.

Mw. Dalemans: Wat je ziet is in het begin van de acute fase wordt er heel vaak stoornis gerichte meetinstrumenten afgenomen, nu nog vaak de AAT. Ze zijn nu bezig met een nieuw instrument. Maar de AAT wordt vaak nog gebruikt als gewoon standaard om een beeld te krijgen soort afasie en waar de problemen maar wat toch nog vaak gebeurd is dat logopedisten zijn in eerste plaats therapeuten en willen heel graag therapie geven dus ze gaan meteen aan de slag, geen bewuste diagnose. En dit gaan we er nu aan doen. En heel vaak, vooral ook in vooral de acute fase, uhh zijn de cliënten ook in een heel erg afhankelijke positie. En willen ze zelf ook niet altijd op dat moment keuzes maken ze hebben vooral zoiets help mij vooral door dat ik gewoon kan praten. Dus ze gaan daar op die manier mee aan de slag. Maar waardoor die onderliggende hulpvraag, maar wat wil je nou eigenlijk echt terug kunnen, wat wil je terug op kunnen pakken. Die vraag komt vaak pas als er al maanden geoefend is. Dat daardoor denk ik dat de hulpvraag niet altijd even helder is. Omdat logopedisten vaak al ook (...) in hun hoofd hebben dit kan dit soort afasie dus ga er dat en dat en dat mee doen. Zo zijn de meeste logopedisten toch nog die nu actief zijn opgeleid en nu zie je daar al wel duidelijk een nieuwe generatie ontstaan van logopedisten die uhhmm meer opgevoed zijn met (...) en het belang van de cliënt meer op het netvlies hebben. Maar ook zij komen wel terecht in een systeem waarin logopedisten het al jaren anders doen waardoor het gevaar ontstaat dat je gaat kopiëren of aanpassen of weet ik veel wat. Dus dat de hulpvraag van de cliënt toch weer in het ge (...) komt.

Wencke: Ja

Myriam: Ja

Mw. Dalemans: Dat is helaas denk ik toch een beetje de realiteit. En zorgverzekeraars brengen het daar ook niet altijd makkelijk in. Omdat ze nog altijd een diagnose met ICIDH vragen en niet het ICF, waardoor het ICF nog niet altijd even consequent wordt toegepast.

Myriam: Nee

Mw. Dalemans: Dus dat zijn redenen waardoor ik denk dat de hulpvraag nog niet altijd heel duidelijk is.

Myriam: Ja

Mw. Dalemans: En je hebt een aantal hulp of een meetinstrumenten die daar uhhh heel goed bij kunnen helpen. Zeker op functioneel niveau en dat is de BIPAC en de BEBA toen uhhh best wel veel jaar geleden ontwikkeld is door Sevat & Heesbeen, weet niet of jullie die kennen?

Myriam: Ja

Wencke: Ja

Mw. Dalemans: Waarbij je echt behoefte waarbij je die behoefte inventarisatie echt gaat doen op communicatie gebied en daar krijg je echt uhhh daar ga je ook echt vragen naar de behoefte, wat zou je weer echt terug kunnen. Belangrijk vind je dat voor en hoe belangrijk vind je dat nu? En waar wil je dan precies aan oefenen. Dus ik vind dat wel een voorbeeld van hoe het zou moeten zijn.

Wencke: Zou moeten zijn ja

Wencke: Ik moet wel zeggen dat uhhh logopedisten die wij geïnterviewd hebben die niet gebruiken.

Mw. Dalemans: Nee, dat weet ik wel omdat ze die veel te omslachtig vinden

Myriam: Of omdat ze vinden dat uhhh de situaties die daar in beschreven staan te beperkt zijn. Een buskaartje kopen enz dat ook in de BIPAC zit. Ja, dat doe je niet meer dus

Mw. Dalemans: Ja, dat het een beetje verouderd is.

Myriam: Ja, ook dat ja

Wencke: Er zou een keer een vernieuwing gemaakt moeten worden, maar het is wel goed om te inventariseren van hoe was het en hoe is het nu.

Mw. Dalemans: Ja

Wencke: Dat is nog steeds belangrijk

Myriam: Ja, we hebben niemand meegemaakt die zei wij gebruiken de BIPAC

Mw. Dalemans: Nee en het is ook een meetinstrument wat een beetje ondergesneeuwd is, waar weinig over gepubliceerd is. Het is nooit verder doorontwikkeld en dat is wel jammer. Want ik blijf er van overtuigd dat er hele uhhh mooie kansen liggen voor dat meetinstrument. Misschien heeft het inderdaad wat tijd nodig om uhhh meer van deze tijd te maken onder

tussen. Maar daar wordt tenminste ECHT gevraagd naar welke behoefte heb je nu eigenlijk. He, als je kijkt naar andere meetinstrumenten de ANTAT of de Scenario-test dat wordt ook wel naar de dagelijkse activiteiten gekeken, maar daar wordt gekeken naar wat doet iemand en welke communicatiestrategieën iemand gebruikt. Maar niet de vraag gesteld en wat wil je nou eigenlijk? Wat is nu je hulpvraag, die vraag komt daarin niet voor. Er is nergens een veel gebruikt actueel meetinstrument waarin die vraag expliciet is opgenomen in het meetinstrument en er wordt overal vanuit gegaan dat de logopedist dat wel vraagt. Dat dat wel los van het meetinstrument ik kaart wordt gebracht, maar dat gebeurt niet echt zeker niet systematisch. Dus cliënt gericht werken.. ik denk dat daar nog een uitdaging ligt.

Wencke: Ja

Myriam: Denk ik ook ja

Myriam: Uhhhm nou in de literatuur staat ook heel veel beschreven over de PACE methode en uhh er wordt ook veel PACE achtige werkwijze worden er toegepast uhhm maar de de methode is redelijk oud en uhh het effect ervan is eigenlijk nooit ja onderzocht. Dus onze vraag is wat jouw visie op deze PACE methode.

Mw. Dalemans: Je bedoelt die partner conversatie?

Wencke: Nee, dat is de PACT.

Myriam: PACE is uhhmm alles gebruikt, eigenlijk meer totale communicatie

Mw. Dalemans: Aaah ja! Uhhmm wat is mijn mening daarover. Wat ik goed vind als je met cliënten heel duidelijk in kaart gaat brengen wat lukt en bij iemand daarom vind ik de scenario test wel in dat opzicht echt een goede omdat je dan gaat kijken welke communicatiestrategie gebruikt iemand van nature. En hoe kan je die zo goed mogelijk verder uitbouwen he. Maakt iemand van nature veel gebaren of veel mimiek of heeft die even een pen nodig waardoor dat ie zijn taal kan stimuleren. Dat vind ik een hele goeie, dat je dat eerst in kaart brengt. Als je gaat kijken naar een stuk uhhmm gebruik van de communicatie hulpmiddelen, pictogrammen en zo ver dan denk ik dat uhhm dat er heel veel afhangt van de omgeving of iets wel of niet werkt. Hoe de omgeving daar tegen over staat. Hoe die er mee omgaat, hoe je het aankondigt, hoe je het instrueert. Hoe je, Als je het als omgeving het ook als een natuurlijk verlengstuk gaat zien of dat het als heel kunstmatig gezien wordt. En als dat het geval is als het niet ondersteund wordt door de omgeving alle hulpmiddelen welke dan ook, dan heeft het geen kans van slagen. Daarom is het ook belangrijk om de omgeving heel goed mee te nemen. Je zegt dat het niet zo bijzonder onderzocht op effectiviteit. Maar dat geldt voor heel veel soorten therapie, en zelfs van degene die onderzocht zijn is het de de kwaliteit van het onderzoek ook niet altijd heel erg hoog of een te kleine (...) of weet ik veel wat. Ook daar ligt een uitdaging. Maar opzich ben ik wel een voorstander om alles wat je kan gebruiken om iemand te helpen bij het communiceren vooral inzetten, maar aansluiten bij iemand identiteit en waar iemand zich goed bij voelt. Dat is belangrijk! Je kunt een hulpmiddel proberen op te leggen, maar als iemand zich er niet mee kan identificeren dan gaat het toch de kast in belanden. Dat soort dingen zijn heel belangrijk, dat je daarin ook de hulpvraag heel goed in kaart brengt. Van hee, wat is voor jou echt belangrijk en hoe kunnen we jou daar bij helpen? En als dat pictogrammen zijn dan moeten we dan vooral doen.

Myriam: Ja

Mw. Dalemans: Ik ken voorbeelden van uhh van mensen met best wel behoorlijk expressieve afasie die echt gewoon een eigen boekje hebben gemaakt met het levensverhaal en die maken er echt goed contact mee, dat is gewoon fantastisch!

Myriam: Ja

Mw. Dalemans: Maar dat is omdat ze daar zelf helemaal achter staat. En iemand anders heeft zoiets dat klappertje ik gooi het in de onderste la, ik wil dat nooit meer zien wat een flauwekul. Ja tis maar juist hoe je er zelf achter staat en hoe je het aanleert als therapeut en hoe de omgeving er mee om gaat.

Myriam: Onze volgende vraag gaat ook over de omgeving. Je hebt er al heel veel over verteld, hoe kun je die nou zo goed mogelijk bij de therapie betrekken?

Mw. Dalemans: Ja daar ben ik ook nu uhhm met een (...) een groot onderzoek naar aan 't doen. Ik weet niet of je dat kent met de communicatiecirkels van Sara (...), kweet niet of je daar ooit van gehoord hebt? Die gaat eigenlijk als ware een netwerkanalyse doen, dus wat ga je doen. Kzal een tekeningetje voor je maken. Dat tekeningetje heb ik dat maak ik meermaals per week. Dus je hebt eigenlijk het model (...) ? Heb je daar wel is van gehoord?

Myrima: Nee sorry!

Wencke: Nee zegt me ook niks

Mw. Dalemans: Je hebt je ik met je eigen gezin, dat is je kleinste cirkel meestal. Daarom heb je je cirkel van familie en vrienden daarom een cirkel met school en werk. En wat bekenden. Dan heb je nog een cirkel met onbekenden die je op straat tegenkomt.

Wencke: Ja, volgens mij hebben we een artikel van jou gelezen met die cirkel erin.

Mw. Dalemans: Ja, dus wat je nou gaat doen. Je gaat heel goed in kaart brengen wie zitten er in die cirkel. Wie zitten hierin in.. wie zit hier? Mama, papa he als je zelf als je stroke hebt gehad is dat meestal je man, oudste dochter, jongste dochter. En dan ga je in kaart brengen oké als je dan naar de partners gaat kijken hoe communiceer je dan met iedere partner. Goh ja vooral met je oudste dochter kan ik goed praten. Oké, maar hoe komt dat dan? Ja, die luistert, schrijft af en toe een kernwoord op je gaat in kaart brengen welke strategieën die persoon gebruikt om goed met die persoon te kunnen communiceren en je kijkt waar waar vindt iemand het beste aansluiting bij. Dan ga je kijken naar ok wat is dat dan voor iemand. Is dat bijvoorbeeld iemand die graag iemand anders wat leert of niet. En als dat dat het geval is ga je die inschakelen om anderen te leren hoe ze het beste met die kan communiceren. Dus je gaat eigenlijk heel systematisch in kaart brengen met wie zijn je partners? Wie is je favoriete gesprekspartner? Met wie spreek je het meest? Dat hoeft niet dezelfde te zijn. Vaak is dat de man waar je het meest mee praat, maar dat hoeft niet per se de favoriete te zijn. Maar wie is dan je favoriete, wat maakt iemand favoriet? Dan ga je kijken welke strategieën, welke kenmerken en dan ga je kijken wie leert graag die is belangrijk, want die kan je betrekken en ook wie leert andere iets graag? Want dat hoeft ook niet per se dezelfde te zijn. Dus op die manier ga je die sleutelfiguren proberen zichtbaar te maken en die ga je betrekken bij therapie. Die mensen uit de omgeving heb je nodig. Niet degene die toevallig het uhh toevallig dichtst bij iemand staan. Je moet die hebben die er enthousiast van worden

en die zet je dan weer in om naar buiten toe die andere weer. Dus je probeert op die manier dat netwerk uit te deinen

Myriam: Is dit iets wat nu al gebruikt wordt?

Mw. Dalemans: Ik ben daar nu ik probeer het heel erg nu al op congressen ook uh ja logopedisten voor warm te maken ik ben nu met een zorginstelling dus is eigenlijk iets wat al langer bestaat hoor, tis niet iets wat ik zelf bedacht heb. Maar het wordt hier in Nederland nog niet echt gebruikt.

Myriam: Maar is dit uhm ik vind het heel gaaf om dat zo te zien, daar zie ik wel wat in. Maar is het ook haalbaar om bij iedere cliënt die je ziet in je in je afasiecentrum in je praktijk om dat erbij te gaan doen.

Mw. Dalemans: Ja, want het is heel omvangrijk, want zonder analyse ben je vier uur bezig, alleen met de analyse. Maar dat betekent dat je ja tijd verzoekt van je directe therapie, maar waardoor je wel meer tijd gaat krijgen voor je indirecte therapie en uiteindelijk wil je dat iemand zijn leven kan leiden zonder jou als logopedist die 1 op 1 zit te oefenen. Eigenlijk wil je dat iemand zo snel mogelijk terug in de maatschappij zijn weg kan vinden zonder jou aan het handje te moeten hebben. Dus dat is een zware investering, maar dat zou op de lange termijn heel veel opleveren, omdat je juist dat eigen netwerk in gaat zetten. Ja, dus het is een andere rol die je als logopedist, veel meer in de rol van coach dat is ook wat ik toen in dat ene artikelje bij de stoornis kennen jullie vast wel.

Wencke: Ja

Myriam: Ja

Mw. Dalemans: Heb beschreven, je moet voorbij dat kleine kamertje van de logopedist kijken. Communicatie gebeurt nou eenmaal niet in het kamertje, maar dat gebeurt in een natuurlijke context. En die context moet je zo goed mogelijk leren kennen en kijk hoe je daar op aansluit. Dan ben je echt functioneel bezig.

Wencke: Ja, dat is vaak zo een verandering. Het kost wel een hoop tijd maar het heeft uiteindelijk wel uhh z'n voordelen denk ik zo.

Myriam: Uhh communicatiehulpmiddelen daar is ook veel over geschreven en daar is ook over bekend dat er door cliënten ook relatief weinig wordt gebruikt in de dagelijkse communicatie uhm wat denk je wat hiervoor de reden kan zijn?

Mw. Dalemans: Nou ik vind dat een hele goede vraag, ik heb dat ook al is met een student (gelach) proberen te onderzoeken en ook logopedisten proberen te interviewen om daar zicht op te krijgen en dat heeft ook weer een stuk met de omgeving te maken en hoezeer een cliënt herkent een cliënt zich erin en hoezeer gelooft de logopedist erin.

Myriam: Oké ja

Mw. Dalemans: Je hebt dus echt die drie pijlers daarin he enerzijds wat wil de cliënt wat vindt de cliënt belangrijk. Kan hij zich wel of niet identificeren. Als iemand per se wilt praten en je komt dan met een communication writer af, ja dat gaat niet werken. Je moet dan kijken wat sluit dan aan bij dat praten? En omgeving he enerzijds wat sluit aan bij iemands wensen, maar kan iemand iets accepteren. Omgeving exact hetzelfde. Welke moeite doet de

omgeving als iemand een communicatiehulpmiddel heeft om ook echt te gaan zitten en te communiceren via dat communicatiehulpmiddel. Wat je heel vaak ziet is dat iemand een communicatiehulpmiddel heeft en daar probeert er mee te werken en dat de omgeving te weinig geduld laat zien en dan gaat invullen. Aah ja hij bedoelt dat. Waardoor het communicatiehulpmiddel weer opzij wordt geschoven. En de logopedist heeft daar een belangrijke rol in, hoeveel tijd neemt ie om samen met de cliënt opzoek te gaan naar hulpmiddel wat het beste aansluit op de cliënt. Hoeveel tijd stopt de logopedist in het in kaart brengen van de belemmerende factoren over het succes van zo'n uhhh hulpmiddelen. Uhm heb je het goed in kaart wat allemaal belemmerend gaat werken en hoe je die zo goed mogelijk kunt opheffen. Uhm ik zie daar heel wat mogelijkheden richting de iPad, omdat dat is hip dat is trendy, binnenkort is het weer achterhaald... uhm het voelt niet zo gehandicapt.

Myriam: Iedereen loopt ermee rond.

Mw. Dalemans: Iedereen loopt er mee rond, het is helemaal niet zo raar als je met zo'n ding rondloopt. Dus ik zie daar een heleboel mogelijkheden. Maar ook daar zie je nu weer een beetje een akelige ontwikkeling dat uhhh apps als paddenstoelen of de applicaties op de iPad als paddenstoelen uit de grond komen zonder dat echt goed uhhh onderzocht wordt welke toepassing nou echt geschikt zijn voor een afasie. Want je moet het apparaat ook kunnen bedienen.. uhhh je moet toegankelijk gebruikt kunnen worden dus je moet daar een goed systeem voor bedenken hoe hij makkelijk in die onderliggende lade komt van vocabularia. Daar liggen hele mooie uitdagingen om dat goed in kaart te brengen, maar dat zal wel heel systematisch onderzocht moeten worden. Maar daar liggen wel kansen denk ik.

Wencke: Inderdaad wat je zegt, die apps komen echt de lucht uitvallen en als logopedist heb je zelf ook geen overzicht meer.

Mw. Dalemans: Ja, en en wat je nu best wel vaak ziet bij LinkedIn, oh leuke app oh leuk. Maar het moet niet op de eerste plaats leuk zijn, maar zinvol zijn. Iemand moet er beter van worden en niet een stukje bezigheids therapie. Iemand echt helpen om beter te kunnen communiceren. En dan moet je echt systematisch in kaart brengen.

Ja, dus dat is denk de reden waarom dat communicatiehulpmiddelen in de kast belanden omdat de omgeving niet goed geleerd heeft om er mee te werken. En daar zit ook weer dat sociaal netwerk. Ook dat weer. Als je dat goed in kaart brengt en je leert al die mensen in verschillende cirkels werken met zo'n communicatiehulpmiddel als ik er in ieder geval achter sta als je er zelf in geloofd en je leert in verschillende mensen in cirkels er mee werken. Maar je moet eerst zelf een believer zijn als je wilt dat het een succes verhaal wordt.

Myriam: Ja, hartstikke goed.

Wencke: Ja ehm, en dan eigenlijk van de individuele therapie over naar groepstherapie.

Mw. Dalemans: Hmhm.

Wencke: Ehm, we hebben daar ook heel veel over gelezen en Elman en Bernstein-Ellis uit Amerika die hebben daar heel veel artikelen over geschreven, over groepstherapie.

Mw. Dalemans: Ja.

Wencke: En eh, ehm, nou geven zij eigenlijk aan eh dat je kan rangschikken op verschillende manieren...

Mw. Dalemans: Uhuh.

Wencke: Je kan bijvoorbeeld rangschikken op hulpvraag eh, rangschikken op dezelfde types afasie.

Mw. Dalemans: Hmhm.

Wencke: Of juist verschillende types afasie bij elkaar. Ehm, maar wat zou nou eigenlijk ideaal zijn? Wat, wat is uw visie op de samenstelling van een groep?

Mw. Dalemans: Ehm, ik denk dat ehm de aard van de activiteit in zo'n groepstherapie sturend is.

Wencke: Ja.

Mw. Dalemans: En die moet vooral aansluiten op de belangstelling van de client. Op de hulpvraag van de client of op datgene eh, waar iemand warm van wordt, hè, je hebt bijvoorbeeld groepstherapieën waarin samen een boek wordt gelezen of samen naar een film wordt gekeken, of ehm, gewoon functionele therapie waarin eh een stukje krant wordt gelezen en dan gesprekken worden gevoerd waarbij iedereen zijn eigen strategie mag gebruiken. Ik denk dus dat, wat sturend moet zijn is dat hetgene die de groepstherapie volgt, er ehm warm van wordt, dat de client zin heeft om de volgende keer terug te gaan naar de groepstherapie, zich erdoor gesteund voelt en nieuwe dingen leert waardoor dat die rijker uit die groepstherapie komt.

Myriam: Ja.

Mw. Dalemans: En de samenstelling van die groep, denk ik dat daarin minder sturend hoeft te zijn. Nu als je een heel ernstige afasie tussen allemaal lichte afasieën zet, is minder problematisch dan als je in één lichte afasie tussen allemaal ernstige afasiepatiënten zet, want die lichte afasiepatiënt gaat dan heel snel afhaken, tenzij dat je die een specifieke rol geeft, hè, dat hij de rol heeft van: ik kan de anderen wat leren, dan zou het kunnen zijn dat ie blijft gaan, dat ie, ja kom, terug betekenis krijgt in zijn leven omdat hij voor iets voor anderen kan betekenen. Als die het gevoel heeft van goh, het, het kost mijzelf veel moeite om te praten, en in deze groep krijg ik heel weinig terug van de anderen omdat die allemaal nog een veel lager niveau hebben, dat werkt contra-productief. Dus er zijn al, dus er zijn inderdaad allerlei redeneringen die je zou kunnen volgen, maar ik denk dat eh, de activiteit sturend is en niet zozeer de ernst van de afasie.

Wencke + Myriam: Nee.

Mw. Dalemans: Dus ik denk dat je best met een gemixte groep kunt zitten, van licht en een wat ernstigere afasie, want die mensen hebben best heel veel begrip voor elkaar (Wencke: Ja), hè, maar ze moeten dan wel zelf iets kunnen halen, dat is het belangrijkste, dat ieder individu binnen de groepstherapie het gevoel heeft: ik kom niet alleen geven, ik kom ook voor mijzelf halen. Dat denk ik dat heel belangrijk is. Dat is dus meer een... innerlijke drive eh, bevredigd zien. Ja.

Wencke: Ja. Ja. Oké.

Wencke: De evaluatie van de hulpvraag. Je noemde net dat de BEBA (Mw. Dalemans: Hmhm) volgens jou best wel ideaal zou zijn als die toegepast wordt (Mw. Dalemans: Ja). Ehm, zijn er misschien nog andere instrumenten die gebruikt zouden moeten worden, eh, ja, wat is uw mening?

Mw. Dalemans: Ehm... Wat ik ook een goeie vindt ja, is, de CIQ die ik zelf ehm heb aangepast voor mensen met afasie hè, de Community Integration Questionnaire hè (Wencke: Ja), dat is een meetinstrument die eigenlijk eh de verschillende eh domeinen van leven in beeld brengt en ik heb daar een eh een eh schaal aan toegevoegd, namelijk de mate waarin iemand daarmee een probleem mee ervaart. Ehm, dat vind ik een mooi meetinstrument wat je ook evaluatief kunt gebruiken, omdat je eh, het dan heel goed in beeld krijgt of iemand er nog een probleem mee ervaart of niet. Dus op die manier kun je dat evaluatief heel goed gebruiken. Ook de Life Satisfaction Questionnaire hè, levenstevredenheidslijst, van zie je daar een vooruitgang in? Is hij, is iemand tevredener met zijn leven want uiteindelijk wil je dat bereiken.

Myriam: Precies.

Mw. Dalemans: Nu dat krijg je niet alleen met jouw therapie als logopedist, maar dat hangt van zoveel verschillende andere dingen af, waar jij niet altijd invloed op hebt. Maar ja, dat vind ik wel meetinstrumenten die je evaluatief kunt inzetten en dan moet je ze wel ook in de voormeting gebruiken, het liefst, hè, dat je het bij het begin, bij de beginsituatie meet, en dan eh eh achteraf ook.

Myriam: Ja.

Mw. Dalemans: Dus dat je ook kijkt of iemand meer tevreden eruit komt. En het gewoon vragen. Het gewoon vragen: is dit wat u op voorhand verwacht had? Eh, bent u nu, bent u nu tevreden? Offe... Vaak is het gewoon een simpele vraag maar die moet je wel ook echt stellen. Ja.

Wencke: Ja, want je geeft eigenlijk aan de kwaliteit van leven is dus best wel een belangrijk onderwerp (Mw. Dalemans: Ja), hoe wordt dat nu in Nederland gemeten?

Mw. Dalemans: Nou... Ehm, je hebt ontzettend veel meetinstrumenten die kwaliteit van eh eh, leven meten, de één is wat meer gezondheidsgelateerder dan de andere. Eh, je hebt bijvoorbeeld de Stroke and Aphasia Quality of Life Scale die ook vertaald is naar het Nederlands die gebruikt wordt, maar ik vind het al een redelijk omslachtige, omvangrijke eh eh vragenlijst. De levenstevredenheidsvragenlijst zal je daar heel mooi voor kunnen gebruiken, dat is ehm een afgeleide, dat is een tevredenheidsvragenlijst (...) een kwaliteit van leven vragenlijst ehm, maar dat is een eenvoudige vragenlijst, bestaat maar uit 15 vragen en eh eh, meet eigenlijk alle verschillende domeinen. Dus dat vind ik wel een goe, een, een goeie lijst om een indicatie te krijgen.

Wencke: Ik weet even niet meer wie het gezegd heeft, ehm, maar ze zeiden dat, dat jullie nu op dit moment bezig zijn met eh, meetinstrumenten hiervoor. Klopt dat?

Mw. Dalemans: Ja, dat is, dat is de CIQ die eh...

Wencke: Oh, oké.

Mw. Dalemans: En naja die levenstevredenheidslijst die hebben we verder aangepast. Ehm, ik heb eh, toen met mijn promotie best wel relatief ehm uitgebreide literatuurstudie gedaan om te kijken welke meetinstrumenten nu allemaal geschikt zijn voor eh deze doelgroep, en dan zie je dat heel veel vragenlijsten of eh veel te complexe vragen hebben of ehm, eh, ehm te ongestructureerd weergegeven waardoor het niet bruikbaar is voor deze doelgroep of veel te lang is waardoor mensen afhaken door (...). Ehm, dus heel wat vragenlijsten die bestaan op het gebied van kwaliteit van leven die vallen eh, die vallen weg en ja die, die levenstevredenheidvragenlijst hè, de Life Satisfaction Questionnaire bestaat uit vijftien vragen, is eenvoudig af te nemen en geeft best heel veel informatie. Naast de CIQ dan, de Community Integration Questionnaire waarbij je heel goed zicht krijgt op wat doet nu iemand in al die verschillende domeinen en ervaart die daar nog een probleem mee of niet. Dus dat is eh, niet zozeer een levenstevredenheidvragenlijst maar wel van: hey, ben je tevreden met de dingen die je doet in eh, de verschillende domeinen? Ja. Dus dat is die vragenlijst waar ze dan denk ik naar verwijzen.

Wencke: Ja.

Myriam: Ja, oké. Ehm... Nou, eh, uit literatuur blijkt ook dat de transfer van de therapiesituatie naar het dagelijks leven dat die gestimuleerd kan worden door met de cliënt ehm, te oefenen in de eh, therapiekamer maar dus ook mee te nemen naar ehm, buiten de therapiekamer (Mw. Dalemans: Hmhm). Ehm, in hoeverre eh, moet de logopedist dus betrokken worden bij de generalisatie naar het dagelijks leven?

Mw. Dalemans: Ja, dat is super belangrijk hè, dat is ehm, weer wat ik eigenlijk al ehm, de hele tijd aangeef van, naar mijn idee moet je dat vanaf, moet je daar vanaf dag één mee beginnen (Myriam: Ja), dat je ogen, hè, hebt van: waar wil ik uiteindelijk uitkomen? En je wil dat iemand in zijn dagelijks leven buiten die therapiekamer terug de dingen kan doen die hij wil doen en het leven kan leiden wat iemand wil leiden. Dus je moet, je moet daar eigenlijk eh voortdurend eh mee bezig zijn, naar mijn idee, met dat stukje generalisatie.

Myriam: Ja.

Mw. Dalemans: Ja, ja. En dat kan je doen door als logopedist zelf mee in de natuurlijke context te gaan, maar het tja, dat gaat vaak gewoon heel moeilijk of je haalt de natuurlijke context binnen, door die omgeving heel goed in kaart te brengen en te kijken hoe je die, die omgeving kunt inzetten om eh (Myriam: Ja), die eh overstap te maken hè, en met, met huiswerk opdrachten bij en ehm het terugkoppeling van hee, wat, waar, waar loop je op vast, hoe kunnen we dat de volgende keer anders aanpakken? Eh, dus dat vind ik wel een hele belangrijke.

Myriam: Ja.

Mw. Dalemans: Ja.

Myriam: Ja, want uit interviews ook blijkt met de logopedisten dat dat nog ook nog wel een ding is, dat dat, dat ze dat ook heel lastig vinden om dat te... om dat, om dat, ja dat met die cliënt te doen. Om daarvoor te zorgen.

Mw. Dalemans: Ja. Ja, dat is ook zo want ik heb ehm, eh, ook wel een aantal onderzoekjes gedaan op het gebied in welke mate wordt die mantelzorger betrokken bij eh, de therapie en ik heb daar ooit op een congres ook een presentatie over gegeven maar toen gaven

logopedisten ook aan van, nou wij willen die ehm mantelzorgers wel betrekken maar de mantelzorgers willen zelf niet betrokken worden. Dus dan ja, dan heb je natuurlijk een probleem. Maar ja, dan moet je dus dit doen (Mw. Dalemans wijst naar tekening die ze gemaakt heeft over de omgeving).

Myriam: Ja.

Mw. Dalemans: Hè, en als er dan niemand is, als het blijkt dat iemand helemaal geen netwerk heeft, ja dan moet je gaan kijken hoe kan je zo'n netwerk creëren? Is er misschien een andere persoon met afasie die een lichtere afasie heeft die het wel leuk vindt of een vrijwilliger die je kan gaan eh, dus ja, dat betekent echt toch wel een beetje een rolverschuiving van de logopedist. Je bent ook veel meer bezig met, met de, de mensen om de cliënt heen. Daarom voor mij is de cliënt de persoon zelf maar ook al diegenen die indirect getroffen worden door de afasie, dat voor mij de cliënt.

Myriam: Ja.

Mw. Dalemans: En ik snap dat ook wel dat mantelzorgers zoiets hebben van: Ik zet je even af dan heb ik ook even een uurtje voor mijzelf, maar... ja, dan denk ik dat je als logopedist, ehm, een goed gesprek moet voeren met zo'n mantelzorger, van: uiteindelijk word je meer ontlast, als je nu mee de therapiekamer ingaat. En wij kunnen zorgen dat jullie met elkaar beter kunnen communiceren want dan gaat het thuis veel beter waardoor je dan niet zoveel energie kwijt bent aan het voortdurend uitzoeken van: hey, wat bedoel je nou of of eh, we begrijpen elkaar niet want dat is ontzettend frustrerend. Dus als je daar dan vanaf het begin aan kunt werken (Myriam: Ja) dan heb je iemand uiteindelijk meer ontlast.

Myriam: Ja.

Mw. Dalemans: Maar dan moet je wel natuurlijk dat eerste contact kunnen maken.

Myriam: Ja.

Mw. Dalemans: Ja.

Myriam: Oké.

Mw. Dalemans: Goed?

Myriam: Ja!

Myriam: Uuhmm dan hebben we een aantal uhh of eigenlijk een vraag uh over bijkomende cognitieve stoornissen waar uh een cliënt mee te maken kan hebben. Uhm wat zin nou volgens jou de de stoornissen op het gebied van cognitie, emotie en gedrag die uhm die de therapie dusdanig kunnen beïnvloeden.

Mw. Dalemans: Nou dat zijn er heel wat eigenlijk. Uuhmm.. een heel belangrijke is ziekte-inzicht denk ik heeft iemand ziekte inzicht of niet dat is denk ik uhh een hele wezenlijke he, als iemand geen ziekte inzicht hebt heeft dan is het heel erg moeilijk om uhh uhhm een verandering tot stand te brengen. En uh concentratie is een hele belangrijke je mee moet rekening houden. Uuhmm ja dat betekend dat je je gewoon je therapie daar op moet afstemmen. En je bent niet alleen met je therapie. Want meestal krijgen die mensen nog zoveel andere therapie daarnaast he, fysio, ergo weet ik veel wat. Dat je ook met die andere

disciplines moet afstemmen. Van hee uh hoe gaan we die energie hoe gaan we rekening houden met het energie niveau het concentratie niveau van iemand he want je ziet vaak, een van de vervelendste heel uhh vervelend bijverschijnselen van een uuuhh beroerte uhhh is moe zijn moe zijn. Dat is een van de meest vervelende vaak moe genoemde symptomen is moe moe zijn. Uhhh Dus daar moet je omheen plannen, dat is een uhhhh heel belangrijk nieuwe verschijnsel van uhh CVA die je ook goed moet bespreken met artsen of weet ik veel wat. Uuhh als je naar medicijn gebruikt gaat kijken van uhh oké wanneer neemt hij zijn pilletje, dus wanneer kan ik dan het beste therapie geven? Is dat 1 uur naar het pilletje 2 uur wanneer is het beste moment? Ja, wanneer is het rendement het hoogst? En dat moet je niet doen als iemand met halve ogen he, half aan 't slapen is. Ik heb het meegemaakt hoor tijdens het interview. Dat een CVA patiënt gewoon in slaap valt.

Myriam: Aah gos ja

Mw. Dalemans: Ja, gewoon die eigenlijk de hele dag slaapt. Dat is heel erg, want ja ja dan wordt je effect klein he. Uhh als je zelf moe bent dan heb je zelf ook minder zin in uhhh ondernemend te zijn. Dus ik denk of samen met een fysiotherapeut werken waarbij je het bewegen stimuleert. Waardoor mensen terug energie krijgen, want bewegen geeft energie. Heel belangrijk is, ik hoop het.

Nou ja ook geheugen is een een heel vervelend uuh probleem waar je mee te maken hebt als je therapie geeft. Hoe ga je met die geheugen problemen om hoe leerbaar is iemand nog. Uhh focus kan iemand zich nog focussen of zijn alle alle prikkels tegelijkertijd uhh ja zo zijn er heel veel verschillende uhh heel vervelende bijverschijnselen die we al te vaak vergeten omdat ze niet zichtbaar zijn. En dat maakt het soms wel moeilijk om er altijd alert op te zijn. Want hij uhh hoeveel krijgt iemand nog mee. Dat is ook een van de redenen waarom dat cliënten achteraf zeggen he dit is mij nooit verteld geweest. Dat is gewoon omdat het niet is binnengekomen, niet verwerkt is.

Myriam: Ja

Myriam: En je zegt ook om daar zo goed mogelijk mee om te gaan, er omheen te plannen.

Mw. Dalemans: Ja

Myriam: En te kijken wat we kunnen doen. Zijn er nou ook echt contra-indicaties voor therapie, als je iets ziet bij de patiënt waardoor je echt geen therapie kan geven?

Mw. Dalemans: Uhh als er absoluut geen motivatie is van de cliënt zelf. Dat vind ik echt een contra-indicatie. Laat die persoon dan vooral met rust. Als die iemand echt niet wilt. Deze persoon heeft al zoveel ellende meegemaakt in zijn leven. He, als je ineens niet meer kan praten. En iemand wil echt niet meer, dan moet je dat respecteren. Dat vind ik uhh en echt contra-indicatie, maar zolang iemand wil moet je vooral doorgaan. En dan weet ik geen enkele contra-indicatie een reden.

Myriam: Nee

Wencke: Nee, ok

Mw. Dalemans: Dan moet je een andere manier vinden om er omheen te gaan.

Myriam: Ja, duidelijk

Myriam: Ehm... Nou ja, je zegt ook van nou, we krijgen ook een, een, een steeds meer een coachende rol, dat dat verschuift een beetje. Nu heeft van de Sandt-Koenderman ook een eh, artikel gepubliceerd waarin zij schrijft dat, ehm, dat we als logopedist in de toekomst ehm, meer een coachende rol zullen hebben maar dat dat meer is op het gebied van computertechnologie, dat dat dus meer in opkomst zal komen en dat de patiënt dus uiteindelijk, ja, zijn eigen therapie via de computer eh, meer kan, kan gaan doen en dat wij dan meer een coachende rol daarin eh zullen krijgen. Wat zijn jouw ideeën hierover?

Mw. Dalemans: Nou, das één ontwikkeling denk ik. Ehhh, die coachende rol daar ben ik het helemaal mee eens, die rol van de computer, ja die is, dat is gewoon zo dat die ehhh daar kunnen we ook niet omheen dat die steeds meer plaats inneemt hè dat je ook therapie op afstand krijgt, dat je ehhh via een webcam of weet ik veel wat ehm, eh, nog contact maakt op afstand of dat je ehhh, ehm, opdrachten ehm, meegeeft ehm richting computer. Ehm, maar volgens mij is dat maar één rol. Ik denk dat de computer nu, in deze eerste tien jaar nog niet alles gaat overnemen. Alhoewel je ziet dat die evolutie behoorlijk snel gaat (Wencke: Ja), ehm, ik denk dat er daarnaast nog een andere coachende rol is, naar het coachen van andere mensen toe en het ehhh coachen van die directe omgeving toe en niet alleen maar: hoe kan een cliënt beter met die computer ehhh zijn eigen therapie gaan geven?

Myriam: Ja.

Wencke: Ja, zij, zij heeft echt het idee dat eh van nou oké er komt een cliënt, die ga je onderzoeken en dat je dan de cliënt, eh, ja aanbevelingen geeft van oké ga dat maar doen en dat en doet de cliënt, gaat dat dan thuis uitvoeren en heeft dan eigenlijk alleen nog contact met de logopedist van oké hoe gaat het nu en sluit het bij eh de behoeften aan.

Mw. Dalemans: Ja. Nou, wat ik daar heel akelig aan vindt, aan ehhh, dat idee en daar wil ik best wel met Mieke over in discussie gaan, is dat je eigenlijk meer een soort van eh, klapperidee op de computer krijgt. Van dit is het standaardpakket en oefen maar, en dat vind ik een heel erg stoornisgerichte aanpak. En ik vraag mij heel erg af of dat gaat werken. (Myriam: Ja). Dus ik denk dat je sowieso écht moet zorgen dat je op die hulpvraag van die cliënt ingaat en anders gaat ie, gaat ie écht niet achter die computer al die flauwe oefeningetjes doen. Dat gaat misschien een tijdje goed, maar dat, ik, ik ben ervan overtuigd dat je dan geen effectieve therapie ehhh gaat krijgen. Dus dan is, ligt de uitdaging nog in hoe maak je dan dat computerprogramma individueel ehm afgestemd op de node van die cliënt. Dan denk ik dat daar een eh, belangrijke uitdaging nog ligt. Als je wilt dat dat een succesverhaal wordt.

Myriam: Ja.

Mw. Dalemans: Dus ik geloof er nog niet in.

Wencke + Myriam: Nee.

Wencke: Ik moet zeggen wij ook nog niet echt. Nee, ik vond het, we vonden het vooral namelijk nogal, best wel een opmerkelijke uitspraak van oké, nou ja, de computer gaat dus eigenlijk een beetje overnemen..

Mw. Dalemans: Ja, nah je ziet die, je ziet die trend wel hè, telelogopedie bestaat al ehhh best wel al behoorlijk lang ook bij, bij kinderen en zijn daar ook nog best wel hele leuke dingen die die daarin ontwikkelen dus als je wilt dat logopedisten bestaansrecht blijven

hebben, daar heeft ze wel denk ik volledig in ook gelijk in, dat, dat zei ik zelf ook al jaren, moeten wij ons een andere rol gaan aanmeten, want ja, als je kijkt ook naar verzekeringen en zo verder, die betalen ook niet meer zo geweldig goed richting logopedie. Dus wij zullen op een andere manier moeten aantonen op de eerste plaats dat wij effectief werken dat dat dat het bijdraagt aan iemands uhhh gezondheid aan iemands communicatie en dat zo efficiënt mogelijk inrichten en dat betekend denk ik echt... volgens mij ligt daar de sleutel tot succes.

Wencke: Ja

Myriam: Ja, (gelach)

Mw. Dalemans: (Lacht)

Mw. Dalemans: En daar ligt die coachende rol, hoe kun je nou zorgen dat uhhh wij andere kunnen stimuleren om uhh die communicatie opgang te brengen. En dat blijf je voor een deel ook eigenaar van bepaalde therapiestrategieën, maar die moet je gaan overbrengen aan andere uhhh die dat dan gaan uhhh uitvoeren, en de computer is daar een van. Maar uhh zeker niet alleen.

Wencke: Nee

Myriam: OK

Mw. Dalemans: Zeker nu nog niet.

Afasiecentrum Leiderdorp

Hoe zou u de term functionele afasietherapie in één zin definiëren?

De functionele therapie is een therapie waarbij je een brug slaat tussen de geleerde dingen in de stoornisgerichte therapie en het echte leven. Dit doe je aan de hand van de hulpvraag van de cliënt.

In welk stadium zet u functionele therapie in?

Als er op stoornisniveau niet meer in grote stappen vooruit gegaan wordt en het niveau gelijk blijft (op AAT en Boston), de mensen toe zijn aan het voeren van een gesprek en toepassen wat ze geleerd hebben, wordt er overgegaan naar functionele therapie.

Op welke wijzen/met welke instrumenten inventariseert u de hulpvraag van de cliënt?

Bij het inventariseren van de hulpvraag wordt naast de cliënt ook de partner en het hele sociale netwerk erbij betrokken. Er wordt dan gekeken naar wat de cliënt kan en wil in de communicatie met zijn omgeving. Je wilt er uiteindelijk voor kunnen zorgen dat de cliënt zo zelfstandig mogelijk kan zijn in zijn communiceren. Je laat de vraag echt bij de cliënt zelf. Hij/zij moet aangeven wat zij wil. Vaak geven mensen vanzelf al aan wat ze zouden willen. Als dat niet helemaal lukt, wordt de BIPAC/BEBA erbij gepakt en als dat niet lukt de Scenariotest om te kijken wat iemand doet. Daarop kijkt de logopedist wat zij denkt dat de cliënt nog kan gebruiken. Gewoon een gesprek aangaan en daaruit de hulpvraag krijgen is de ideale situatie.

Hoe stelt u de therapiedoelen op?

Wat is er nodig om dit te optimaliseren?

Op het moment dat iemand binnenkomt in het revalidatiecentrum wil iemand gewoon praten. Dan begin je meestal gewoon met oefenen. Daarna moet je het echt uit de cliënt halen. Wat wil iemand bereiken is hierin heel belangrijk. Zodra je overstapt naar functionele therapie moet je bij de cliënt laten welke kant je op gaat. Het moet wel realistisch zijn en kan je daar in sturen, maar de hulpvraag bepaalt toch wel het doel.

Gebruikt u een geschreven (PACE of andere vormen gebaseerd op PACE) therapiewijze (stappenplan) of gebruikt u iets wat u zelf bedacht heeft?

Wat heeft u nog nodig om dit te kunnen optimaliseren?

De PACE-methode wordt wel in het achterhoofd gehouden, maar vaak wordt er al snel overgegaan naar een natuurlijkere situatie. Het Nieuwsbegrip wordt vaak gebruikt om via actuele informatie toch met elkaar te discussiëren en begrijpend te lezen. Het is vaak een manier van denken die je de cliënt mee wil geven. Dit kan ook middels bijvoorbeeld een Anomix oefening omschrijven. NT2 methodes worden ook vaak gebruikt. Leeslicht boeken voor het lezen. Maar materialen zijn er genoeg, maar je moet creatief zijn in het bedenken hoe je deze toepast in de therapie. Functionele therapie in het revalidatiecentrum is altijd minder functioneel dan in het afasiecentrum.

Hoe betreft u de omgeving bij de therapie?

In het uitvragen van de hulpvraag betrek ik de omgeving sowieso. In het revalidatiecentrum worden daarnaast dagen georganiseerd waarbij de omgeving mee kan lopen met de cliënt in zijn activiteiten. Ook hebben wij een mapje waar in opgeschreven wordt wat wij doen in de therapie. Dit is een soort communicatiemapje, waarbij de omgeving zijn vragen ook kan stellen. In het afasiecentrum kan een avond voor de partner georganiseerd worden. Verder wordt er contact opgenomen met de partner wanneer wij denken dat het met de cliënt niet zo goed gaat. Dit gebeurt wel altijd in overleg met de cliënt. De PACT zou ook heel goed kunnen werken in het afasiecentrum. De omgeving en de cliënt ontwikkelen vaak zelf hun communicatie, die niet altijd voor iedereen gewenst is. De cliënt kan dwingend zijn, maar partner kan ook heel bazig zijn. Hiervoor zou de PACT perfect zijn. Je kunt alleen voor de behandeling van de omgeving nog geen geld krijgen.

Welke communicatiehulpmiddelen zet u het meeste in en wat is uw ervaring hiermee?

Vaak wordt het hulpmiddel door de partner geïndiceerd. Het wordt dan gezien als HET middel om weer te kunnen praten. Dit is alleen niet het geval. Je hebt de cliënt, partner en logopedist nodig om het inzetten van een hulpmiddel te laten slagen. Daarnaast moet vooral de cliënt inzien hoe hij het moet gebruiken en dat het zin heeft dat hij het gebruikt. Een hulpmiddel is vaak beperkt, maar je kunt er wel op een creatieve manier verder mee komen. Het is wel belangrijk om een punt te hebben waar vanuit je door kan werken. Dit kan een hulpmiddel zijn.

Een hulpmiddel moet je wel heel persoonlijk maken. Maar dit vergt heel veel tijd. Het zou het mooiste zijn als er iets digitaals komt waar in je eigen input kan stoppen.

Wat denkt u dat de ideale samenstelling zal zijn van een groep? Uit hoeveel deelnemers bestaat de ideale groep?

Er wordt vaak geëvalueerd over de groepsindeling. Soms wordt er gewisseld binnen de groepen, wat ideaal voor bepaalde mensen kan zijn. Maar dit kan ook onrust opleveren, wat dan weer niet ideaal is.

Wij hebben maximaal 6 mensen in een groep. Als mensen heel snel overbelast zijn, of heel erg overprikkeld, dan proberen ze de groep terug te brengen naar 4 personen. Ze hebben anders eigenlijk geen profijt van de groepsbehandeling.

Waarop rangschikt u de cliënten? Leeftijd? Onderwijs? Interesses?

Er zijn twee soorten rangschikkingen. De één is op ernst/niveau van de afasie. Bij de uitvoering van een activiteit komt de uitvoering het beste tot zijn recht wanneer je in een gelijkgestemd groepje zit. Wanneer de niveaus verschillen, kost het veel tijd en moeite om met elkaar mee te komen. Een andere groepsindeling is die op hulpvraag. Hierbij zitten wel alle niveaus door elkaar, omdat het doel hetzelfde is.

Hoe evalueert u de hulpvraag dan? Op welke wijze/met welke instrumenten evalueert u de hulpvraag van de cliënt?

Vaak wil de logopedist al langer door dan de cliënt. Dus vaak wordt gewoon in gesprek gegaan met de cliënt wanneer er weerstand ontstaat van de cliënt. Er wordt geen instrument gebruikt voor het evalueren van de hulpvraag van de cliënt, maar er wordt gevraagd naar de ervaringen. Hier kan de familie ook bij betrokken worden.

Hoe wordt de kwaliteit van leven gemeten in Nederland?

De landelijke afasievereniging, waar je als afasiecentrum onder valt, is bezig met een instrument waar dat mee te meten is. Hiermee wordt de kwaliteit van de participatie in het eigen leven gemeten. Toch vind ik het een lastig instrument. De cliënt moet aangeven door middel van een cijfer wat hij/zij zijn leven waard vindt. Het is puur een gevoelskwestie. Het is natuurlijk belangrijk om aan te kunnen tonen dat je functionele therapie zin heeft, omdat alles evidence based moet zijn. Maar het is gewoon heel lastig te meten. Ik evalueer gewoon door middel van een gesprek met de cliënt.

In hoeverre bent u betrokken bij de generalisatie naar het dagelijks leven?

In het revalidatiecentrum kan je in communicatie groepen nabootsen of gewoon letterlijk zelf naar de winkel te gaan. In het afasiecentrum wordt het nog meer functioneel ingezet, hier moeten ze het vooral zelf doen.

Uitjes met het afasiecentrum is ook een vorm van generalisatie. Dan worden ze meer op zichzelf gesteld. In het afasiecentrum wordt het generalisatieproces meer geprobeerd, omdat de cliënt verder in zijn proces is en je de veiligheid binnen een groep kan waarborgen. In het revalidatiecentrum gebeurt het minder. Het is een hele onderneming en organisatie, maar die betrokkenheid zou ik nog wel meer willen.

Wat maakt het dat dit nauwelijks gebeurt in Nederland?

Wat is er nodig om dit wel te kunnen nastreven?

Daar gaat het mis, iemand krijgt een algemeen hulpmiddel, maar niet op het leven van de cliënt gericht. Een communicatiehulpmiddel dat al af is, is niet persoonlijk genoeg. Een andere reden waardoor de cliënt zijn hulpmiddel niet gebruik is dat de cliënt er nog niet aan toe is of zich er voor schaamt.

Vaak is het voor de directe omgeving het wel duidelijk wat iemand bedoelt. Het inzetten van een persoonlijk hulpmiddel heeft als doel dat je kan communiceren net iets buiten je normale routine. Voor de communicatie met onbekenden. Dus de eigen interesses van de cliënt moeten in het hulpmiddel staan.

Wat zijn volgens u stoornissen op het gebied van cognitie, emotie en gedrag die een negatieve invloed hebben op de therapie?

Gelden deze van de stoornisgerichte therapie ook voor de functionele therapie?

Bij hele zware geheugenproblemen, waarbij de cliënt niets op kan nemen en dus niet goed leerbaar is, is een contra-indicatie voor therapie. Als de cliënt heel er over prikkelbaar is of dat de cognitieve problemen zo groot zijn, lijkt dit ook niet goed te zijn voor de therapie in het afasiecentrum. Wanneer de cliënt door zijn bijkomende stoornissen de groep uit balans brengt, stoppen wij na een tijdje proberen met de therapie. De cliënt zelf en zijn lotgenoten hebben dan niets aan de therapie. Voor snelle afleiding zijn er tips, die er voor kunnen zorgen dat de cliënt minder snel is afgeleid. Belastbaarheid, maar ook fysieke toestand is in het revalidatiecentrum heel belangrijk. Daarnaast is weinig ziekte-inzicht is ook een lastige factor.

Van de Sandt-Koenderman (2011) schrijft dat in de toekomst computertechnologie gedeeltelijk de behandeling zal overnemen en de logopedist alleen nog maar een coachende rol zal hebben.

Welke ideeën heeft u hierover?

De computer heeft weinig gevoel en inlevingsvermogen. Daarnaast stimuleert hij ook niet genoeg is om de cliënt nog te motiveren. Bovendien moet je bij mensen met afasie wel heel erg betrokken zijn omdat dat te kunnen laten slagen. Communicatie is geen stappenplan die je kunt volgen, je kan niet eerst 1 woord zeggen en dan naar zinnen over gaan. De computer is niet flexibel genoeg om therapie te geven. Ik geloof dan ook moeilijk dat de computer ons werk over gaat nemen. Ik denk dat je wel mensen kan laten oefenen met een programma. Ik denk ook niet dat we ons bezig moeten houden ons aan te passen doordat er een druk op ons staat vanuit de verzekeringen. Ik denk juist dat we ons meer bezig moeten houden met bewijzen dat wat wij doen goed is en wij dus ook nodig zijn in betrokkenheid bij de cliënt.

Algemene vragen

Welke functionele hulpvragen komt u met enige regelmaat tegen? (Kunt u hiervan een top 5 maken?)

- Ik wil een gesprek met mijn vrouw kunnen voeren
- Ik wil kunnen onthouden wat ik gehoord heb
- Op de computer een e-mail sturen
- Kruiswoordpuzzel kunnen doen
- Landen in de atlas opzoeken
- Ik wil de krant weer kunnen lezen

Algemene hulpvragen die gespecificeerd moeten worden. De overall is dat iemand wil praten. Of iemand wil beter lezen.

Wat denkt u dat er nog nodig is om functionele afasietherapie efficiënter te maken (zowel voor diagnostiek, therapie en/of evaluatie)?

Om het minder energie te laten kosten en minder moeite, zou een databank waar iedereen zijn eigen materiaal en ideeën op kan zetten ideaal zijn. We kunnen dan van elkaar lenen en hoeven dan niet elke keer hetzelfde wiel uit te vinden. De van de materialen/methodes die een logopedist op deze databank zet, kunnen anderen weer hun eigen therapie van maken. Nu is het zo dat tijdgebrek of financiële factoren er vaak voor zorgen dat iedere logopedist er eerst voor wil zorgen dat zijn eigen therapie goed loopt, voordat zij aan een ander denkt. En ook het opzetten van een databank kost tijd, maar het zal een investering zijn.

In de Hoogstraat is de oefengids voor CVA ontwikkeld, wat heel stoornisgericht is, maar er zou wel zoiets gemaakt kunnen worden voor de functionele therapie. Ideeën kunnen bundelen kan zeker. Wel zou het digitaal het beste zijn, omdat papier vaak op een gegeven moment achterhaald is.

Afasiecentrum Eindhoven

Hoe zou u de term functionele afasietherapie in één zin definiëren?

Ik denk, wat mij betreft is de therapie heel erg gericht op de praktische hulpvraag van de cliënt. En de therapie daarbij ook praktisch ingericht, dus niet zozeer met echt linguïstisch materiaal, maar meer in de context waarin het zit, met de mensen en de producten die daarbij horen. Dat als iemand als doel heeft dat die kaas wil kunnen bestellen bij de kaasboer, dat we daar ook heel praktisch aan werken. En dat we uiteindelijk dus ook kaas gaan bestellen bij de kaasboer.

Het doel van het afasiecentrum is om mensen terug te plaatsen in hun eigen samenleving maar met meer mogelijkheden om daarin om te gaan met hun afasie.

In welk stadium zet u functionele therapie in?

De meeste mensen komen hier wel als ze klaar zijn met therapie in het revalidatiecentrum en worden dan tegen het eind van de therapie hier aangemeld. Meestal is dat na de 9, 10, 11 maanden, soms 12, 13, 14. Meestal net voor of na een jaar.

Is dat de ideale tijd om functionele therapie in te zetten?

Ik denk dat dat het moment is waarop de generalisatie moet komen. Ik vind dat wel een goed moment. Het zou mooi zijn als het al in de poliklinische behandeling zou generaliseren, of als mensen zelfs in de klinische behandeling al buiten de behandel tijd daar iets mee doen. Maar ja, dat is lastig denk ik. Als ze dingen bij de logopedische therapie al zouden kunnen inzetten bij de fysiotherapie, bijvoorbeeld in het revalidatiecentrum, dat zou natuurlijk helemaal geweldig zijn.

Op welke wijzen/met welke instrumenten inventariseert u de hulpvraag van de cliënt?

Wij doen een intakegesprek als mensen starten, met de cliënt en mantelzorg. En wij hebben een intakeformulier van de Afasie Vereniging Nederland met wat aanpassingen van onze kant, maar daar maken we gebruik van. Op die manier proberen we de hulpvraag van de cliënt naar boven te toveren. We krijgen ook wel voorinformatie vanuit het revalidatiecentrum. Zij sturen een aanmeldformulier waar heel kort opstaat wat de mensen kunnen, en vaak worden daarin ook wat doelen weergegeven. Ik probeer wel altijd van de mensen zelf doelen te horen, want als die er niet zijn, dan ja... Dan wordt dit een soort dagbesteding en dat is echt niet de bedoeling. Dan moeten mensen gewoon naar een afasiesociëteit gaan.

We zouden het ook met een BIPAC kunnen doen, alleen die gebruik ik hier weinig, omdat de doelen altijd wel helder zijn.

Hoe stelt u de therapiedoelen op?

De doelen zijn meestal al bekend, vanuit het revalidatiecentrum, maar in het intakegesprek wordt het wel verder uitgewerkt. Sommige doelen ontstaan gewoon ook nog, en wat ook het geval is, als er geen mogelijkheden ontstaan bij mensen omdat ze wel vooruit gaan, daar ontstaan ook weer ideeën voor mensen voor nieuwe doelen, dus op die manier kan het wel zo zijn dat mensen ook wat langer blijven.

Wat is er nodig om dit te optimaliseren?

Ik denk dat dat erg afhankelijk is van de manier van gespreksvoering, hoe de logopedist dat met iemand doet. Iets anders dan een BIPAC zou ik overigens niet kunnen verzinnen hoor.

Dat zou voor mezelf meer een leidraad zijn omdat er gewoon een heleboel praktische puntjes van alledaagse handelingen die gewoon veel voorkomen, die daar in genoemd worden. Zodat ik niks over het hoofd zou zien. Maar als je gewoon ingaat op de wereld van de cliënt, dat is volgens mij zo persoonlijk, dat kun je gewoon niet in een meetinstrument vastleggen. Je moet gewoon goed zien te achterhalen wat het leven was van iemand, wat het leven is van iemand en kijken wat iemand daar nu in wil. Of niet. En ik denk dat je daar een mantelzorger heel hard in nodig hebt. Afhankelijk van hoe fors aangedaan de cliënt is.

Gebruikt u een geschreven (PACE of andere vormen gebaseerd op PACE) therapiewijze (stappenplan) of gebruikt u iets wat u zelf bedacht heeft?

Ik weet niet anders dan dat er PACE-achtige oefeningen bestaan en ik lees ook vaak in werkwijzen van mensen terug: PACE-achtige oefeningen. Ja, volgens mij bestaan die PACE-kaarten, die weet ik, maar volgens mij is het de bedoeling om op zoveel mogelijk manieren en facetten aan taal toe te voegen om te kijken: hoe te komen tot totale communicatie? Ik denk dat de PACE-manier, iets is wat we hier heel veel doen (zoveel mogelijk uit de kast trekken om tot totale communicatie te komen). Ik denk dat wij proberen uit te lokken dat dat überhaupt een manier van communiceren wordt met de mensen die hier komen. Probeer maar gewoon zoveel mogelijk erbij te betrekken, waarbij de kans zo groot mogelijk wordt dat de communicatie zo volledig mogelijk wordt. En de manier waarop dit geleerd wordt verschilt heel erg.

Wat heeft u nog nodig om dit te kunnen optimaliseren?

Hoe betreft u de omgeving bij de therapie?

We proberen de lijntjes heel kort te houden met de mantelzorgers, dus middels communicatieschriften. Hoewel we hier het liefst zo min mogelijk gebruik van willen maken want we willen dat mensen zelf thuis uitleggen wat er hier gebeurt. Nu zijn er een aantal mensen waarbij dat gewoon echt niet kan, dus dan maken we wel gebruik van communicatieschriften. Maar ook middels mailverkeer naar mantelzorg vanuit ons, of we gebruiken de notities op de iPad als communicatieschrift. Het ideaalbeeld zou zijn als we hier informatieavonden zouden hebben, gericht op de cliënten. Mensen krijgen we uitleg over afasie, maar nog is er vaak zoveel onduidelijk bij partners. Ik vind het wel een uitdaging om aan mantelzorg uit te leggen wat er met mensen aan de hand is, en hoe daar nou zo goed mogelijk mee om te gaan. Het leven voor de partners wordt natuurlijk ook ontzettend zwaar met iemand die beperkt kan communiceren of halfzijdig verlamd is. Het is de kunst om daarin verwachtingsmanagement in goede banen te leiden.

Volgens Murphy et al. (1996; besproken in Heintjes, 2003) worden communicatiehulpmiddelen in de dagelijkse communicatie relatief weinig gebruikt door cliënten.

Wat is uw ervaring hiermee?

Welke communicatiehulpmiddelen zet u het meeste in?

Hulpmiddelen komen meestal pas een jaar post-onset in zicht. Als er op cognitief-linguïstisch niveau niks meer te halen lijkt, dan pas wordt het ingezet. We hebben een aantal mensen met een TouchSpeak, waarvan sommige hem thuis helemaal niet gebruiken en anderen wel. Ik merk dat de iPad gigantisch in opkomst is, voor de mensen die cognitief goed zijn en die qua begrip ook redelijk goed zijn, die gaan heel goed met een iPad. Verder zijn er wel zoveel

mogelijkheden qua communicatiehulpmiddel dat ik het moeilijk vind om dat bij te houden. Een van mijn laatste patiënten uit het revalidatiecentrum had gewoon een iPod touch, met een hele mooie app erop waar die zelf foto's en filmpjes op kon uploaden. Maar hij had wel een hele actieve partner, die dat allemaal voor hem deed en dat moet je wel hebben. Iemand in de omgeving is heel belangrijk om te stimuleren om dat hulpmiddel te gebruiken. Er zijn hier mensen die hebben gewoon een communicatiemapje met persoonlijke gegevens, familieleden, foto's en dingen uit het dagelijks leven, ik merk wel dat als we het er hier niet bij betrekken, dat mensen het niet gaan gebruiken. Op maandag hebben we een groep met fors aangedane mensen, niet-sprekers. Als ik niet bij alles zeg: kijk het even na, zoek het even op, kun je het op een andere manier aangeven, kun je het aanwijzen, etc., dan gebeurt er niks. Dus als hun partners dat thuis niet doen, dan komen zij niet op het idee om dat te gaan gebruiken. Dat ligt enerzijds denk ik aan de cognitieve mogelijkheden van de patiënt en anderzijds ook aan de manier waarop ermee omgegaan wordt door de omgeving. Kijk, afhankelijk van de cognitieve mogelijkheden is het denk ik wel mogelijk om zoiets in te slijpen in zo'n proces van communicatie. Als iemand er continu aan herinnerd wordt en op gewezen wordt, dan denk ik dat het wel mogelijk is om zoiets erin te krijgen. Het Gespreksboek vind ik voor mensen die cognitief niet heel goed zijn een moeilijk systeem om aan te leren. Het Taalzakboek is eigenlijk wat wij ook maken met de mensen zelf, maar dan persoonlijk.

Wat denkt u dat de ideale samenstelling zal zijn van een groep? Uit hoeveel deelnemers bestaat de ideale groep?

Afasiepatiënten onder elkaar doet heel erg veel om de drempel te verlagen om tot communicatie te komen, omdat iedereen in hetzelfde schuitje zit. Iedereen laat elkaar ontzettend in hun waarde, er is veel ruimte voor de mensen om te communiceren. Ik merk dat dat heel veel doet, want als die drempel lager is om te communiceren, dan gaan mensen dat in het dagelijks leven ook wat makkelijker doen, waardoor er gewoon meer mogelijkheden ontstaan en waardoor mensen wel wat vooruit gaan.

We hebben max. 6 mensen in de lees- en schrijfgroep en in de discussiegroep/communicatiegroep zitten wel eens 7 mensen. Als het rustig is wordt het wel eens wat minder. In principe proberen we er wel 6 aan te houden. Het ligt er ook aan hoe homogeen je de groepen kunt krijgen qua niveau en qua vorm afasie. Want anders vergt het veel van de groepsbegeleider. Als je veel groepsverschil erin hebt zitten, is 4 misschien juist wel fijn omdat je dan voor iedereen aanpassingen kunt maken.

Waarop rangschikt u de cliënten? Leeftijd? Onderwijs? Interesses?

We kijken in eerste instantie naar de doelen van de mensen om te zien in welke groep ze zouden passen, maar vervolgens kijken we wel naar wat de communicatiemogelijkheden zijn van de mensen die in de groep zitten. Als je een hoog-niveau lezer ergens in een groep met een laag-niveau lezer zet, dan heeft het denk ik vrij weinig effect (tenzij de groepsbegeleider aan iedereen een verschillend niveau kan hangen). En dan nog is het niet allemaal altijd mogelijk, soms is het zo dat de groepen wat minder homogeen zijn. Soms geeft dat juist ook wel weer hele mooie effecten.

Stel dat een cliënt een hulpvraag heeft die niet voorkomt in de situaties van verschillende meetinstrumenten, zoals de BEBA of de ICB.

Hoe evalueert u de hulpvraag dan? Op welke wijze/met welke instrumenten evalueert u de hulpvraag van de cliënt?

Het is moeilijk te meten. Je zou het aan de hand van een ANTAT kunnen doen, dat doen we niet, want we testen mensen eigenlijk niet, maar dat zit wel in die ideeënbus, we moeten er wel iets mee. We moeten wel kunnen monitoren hoe mensen vooruit gaan. Nu meten we dat niet, ja op het oog, maar daar is natuurlijk niks evidence based aan, dus dat is ook niet handig. In het afasiecentrum in Rotterdam zijn ze wel bezig met een draaiboek, en in dat draaiboek worden voor ieder doel actieplannen geschreven. Dat wordt zo opgesteld: je hebt bepaalde voorwaarden nodig om een actieplan te kunnen uitvoeren, en als je dat doel hebt bereikt zou je door kunnen gaan naar een volgend actieplan. Bijvoorbeeld als je wil telefoneren, dan is een voorwaarde dat je de telefoon moet kunnen bedienen en dat je verbaal wel wat dingen duidelijk moet kunnen maken. Als je vervolgens met die dingen aan de slag gaat en je kunt dat integreren in een telefoongesprek en je kunt dus wel wat dingen verbaal duidelijk maken, waardoor je naar het volgende actieplan kan en als je dat nummert, op een bepaalde volgorde, dan zou je dus aan de nummering van de actieplannen die je gebruikt kunnen zien hoe de vooruitgang is. Dat is de bedoeling hoe de AVN wil gaan werken en ik denk dat dat heel goed is. Maar dan nog blijft het denk ik een beetje een grijs gebied, omdat sommige mensen met afasie denk ik echt niet meer aan een andere vorm van dagbesteding kunnen deelnemen.

Sevat & Heesbeen (2000) geven aan dat de uitkomsten van de functionele afasietherapie in directe relatie staat met een verbetering van kwaliteit van leven. Er zijn Engelstalige instrumenten die dit meten, maar deze worden niet in Nederland gebruikt.

Hoe wordt de kwaliteit van leven gemeten in Nederland?

De AVN is bezig met een cliënt tevredenheidsonderzoek en ook wat afasiepatiënten zelf kunnen invullen. Misschien is het belangrijk om te kijken naar wat de mantelzorger in zou vullen en de cliënt, maar dan moet je ook weer kijken wat de beleving is van de mantelzorger en wat de beleving is van de cliënt. Dus dat is heel moeilijk.

Je hebt wel de Quality of Life schaal van de afasie, dus je kijkt dan puur naar de kwaliteit van leven en niet naar de mate van vooruitgang van de afasie. Ik denk ook dat er een hoop samenhangt met de acceptatie van de afasie en beperkingen. Dat je het moet doen met de dingen die je hebt. En toch staan sommige mensen daar wel erg positief in.

Ik denk dat veel onderzoeken gericht zijn op de kwaliteit van leven. Zeker in deze setting is dat heel belangrijk, omdat je mensen terugplaatst in de samenleving en ze moeten leren omgaan met de beperkingen die ze hebben. Dus dan is het belangrijk om de kwaliteit van leven te meten. En dat heeft te maken met waarop de patiënt met zijn communicatiemogelijkheden omgaat, maar ook hoe de omgeving daarmee omgaat.

In hoeverre bent u betrokken bij de generalisatie naar het dagelijks leven?

Soms gaan we wel mee met de cliënt die bijvoorbeeld kaas wil kunnen bestellen bij de kaasboer. We gaan hier wel eens met cliënten naar de markt, of een ijsje eten. Alleen we zitten hier natuurlijk wel na de revalidatiefase. Ik heb ook in een revalidatiecentrum gewerkt en aan het einde van de therapietijd aldaar keek ik ook heel praktisch met de mensen. Ook een stukje functionele therapie. Daar waren ook mensen bij die als doel hadden dat ze een

vakantie wilden boeken, met wie ik dus telefonisch via CenterParcs een vakantie ging boeken, uiteindelijk, na een heleboel tussenstapjes, in de hoop dat dat generaliseert en dat mensen dat dus ook thuis gaan toepassen. Alleen ik denk dat daar altijd een heel groot gat zit, ik denk dat dat ook met initiatiefloosheid of met de mogelijkheden en mate van initiatiefname van de cliënt te maken heeft. Dat heeft ook heel erg veel te maken met de motivatie van de cliënt. Dus het ligt ook erg aan de cognitieve mogelijkheden, maar ook aan de mantelzorgers. Want als dat een heel stimulerende situatie is, dat helpt heel erg. Ik heb ook wel situaties gehad waarin de mensen op zich heel gemotiveerd waren, maar waarin de thuissituatie zo was dat er niets gebeurde. Als dan niets prikkelt, dan generaliseert dat ook heel erg moeilijk (...).

Het verschil tussen het revalidatiecentrum en het afasiecentrum is dat het afasiecentrum erg praktisch is. In het revalidatiecentrum zit je ook met een bepaalde tijdsdruk. Klinisch kun je gewoon maar een bepaalde periode behandelen. Er wordt toegewerkt naar om mensen zo zelfstandig mogelijk te krijgen, dus als dat betekent dat een therapie die daar niet helemaal binnen valt, ja so be it, we hebben een tijdsdruk, mensen moeten binnen 3 maanden (ik noem maar iets hè) naar huis dus we moeten zorgen dat ze zelfstandig zijn. Wij moesten in de oriëntatiefase mensen testen en dan moesten we aangeven hoelang we dachten dat we met een doel bezig zouden zijn, dat is natuurlijk heel lastig om bij mensen met afasie te doen. Nu konden we dat uiteindelijk ook wel een beetje schuiven. En sommige mensen hebben ook prioriteiten anders liggen dan dat ik ze zou inschatten.

Het oefenen van de strategieën (alles wat geleerd wordt in de functionele therapie) in de praktijk is essentieel voor het slagen van de behandeling (Johanssen, 2012). Er wordt niet vermeld wat communicatie strategieën zijn, omdat deze voor iedereen anders zijn. Er blijkt dus uit literatuur dat er te weinig mogelijkheden zijn om te kunnen oefenen in de praktijk (Goos et al. 1999). Terwijl dit wel bijdraagt aan positieve uitkomst.

Wat maakt het dat dit nauwelijks gebeurt in Nederland?

Wat is er nodig om dit wel te kunnen nastreven?

Wat zijn volgens u stoornissen op het gebied van cognitie, emotie en gedrag die een negatieve invloed hebben op de therapie?

Zie antwoord op de vraag: in hoeverre bent u betrokken bij de generalisatie naar het dagelijks leven?

- Initiatiefname
- Motivatie
- Geheugen
- Depressie; je merkt er wel aan dat de motivatie dan ook weg ebt, dus dat heeft ook grote invloed

Gelden deze van de stoornisgerichte therapie ook voor de functionele therapie?

Bij ons is er nu geen neuropsycholoog betrokken, wat in de revalidatie wel zo is. Hier is het meer als een voldongen feit dat de cognitieve stoornissen er zijn, en ga er maar mee om. Hier proberen we alles uit de kast te trekken om te zorgen dat het wel lukt, ook met behulp

van de mantelzorg. De meeste mensen komen uit het revalidatiecentrum en daar kijken ze naar de mogelijkheden van de cliënt en of het afasiecentrum iets voor ze zou zijn.

Van de Sandt-Koenderman (2011) schrijft dat in de toekomst computertechnologie gedeeltelijk de behandeling zal overnemen en de logopedist alleen nog maar een coachende rol zal hebben.

Welke ideeën heeft u hierover?

Ik zie wel een verschuiving dat het steeds meer computer wordt, zeker met de komst van de iPad. Maar ik denk niet dat het in de toekomst volledig overgenomen zal worden door, omdat de basis toch blijft: communicatie met elkaar. En dat daar in de thuissituatie tussen partners wel iets mee moet. Want als het volledig overgenomen zou worden, zouden de mensen thuis ook met een robot moeten gaan communiceren. Je hebt toch een partner en familie waarmee je moet communiceren. Die coachende rol wordt denk ik wel groter, ik denk ook dat het meer wordt, maar ik denk niet dat het volledig overgenomen zal worden door.

Algemene vragen

Welke functionele hulpvragen komt u met enige regelmaat tegen? (Kunt u hiervan een top 5 maken?)

De hoofdvraag is voor iedereen toch wel altijd: ik wil beter spreken, behalve als mensen echt fors aangedaan zijn en zeker weten dat ze nooit meer gaan spreken. Wat wel echt opkomt, is dat mensen online dingen willen kunnen doen, niet zozeer chatten maar bijvoorbeeld winkelen. Dat is denk ik inherent aan de huidige samenleving. De hulpvraag op het gebied van schrijven verschuift naar e-mail, en bij jonger publiek ook what's appen of sms'en. Dat maakt wel dat mensen minder geneigd zijn om met volwaardige zinnen te gaan schrijven, want sms-taal is dan ook voldoende. Het ligt aan de voorkeur van de mensen, de hoofdvraag is echt dat mensen beter willen spreken, hun stem laten horen, hun mening willen geven. Eigenlijk de basale wensen van communicatie. Het liefst gewoon met partner en op feestjes, etc. Als ze geen brood meer kunnen bestellen: de meeste mensen gaan gewoon naar de supermarkt, daar kun je alles in je karretje leggen en hoef je niemand iets te vragen. Inventieve mensen die gaan naar de slager en die wijzen gewoon aan. Of die laten de partner een briefje maken en die geven het briefje aan de slager. Ik heb ook wel eens een mevrouw gehad met een alexie en acalculie en zij knipte gewoon de merkjes van de spullen die in de koelkast lagen uit, en die stopte ze aan de ene kant van haar broekzak. En daar liep ze mee door de supermarkt en dan ging ze zoeken tot ze het had. En als ze het had gevonden stopte ze het aan de andere kant van haar broekzak.

Wat denkt u dat er nog nodig is om functionele afasietherapie efficiënter te maken (zowel voor diagnostiek, therapie en/of evaluatie)?

Generalisatie is echt een ding. Alles om de generalisatie te versterken zou mooi zijn. Daarvoor is heel veel afhankelijk van het karakter en de cognitieve mogelijkheden van de cliënt. En de omgeving. Het zou mooi zijn als er een overzicht zou zijn met generalisatieoefeningen en -opdrachten. Het leven van de mensen met afasie is zodanig veranderd dat ze volgens mij vaak ook zelf niet weten wat de dagbesteding is die ze zoeken. Ik denk ook dat het een heel groot gemis is dat er geen fatsoenlijke vorm van dagbesteding is voor mensen met een forse afasie. Dat maakt het ook lastig om de therapie hier af te ronden. Maar ik weet ook verder niet hoe dat bezuinigings technisch zou kunnen. Ik merk

ook dat de mensen steeds minder snel een indicatie krijgen. Ook voor de partner is het lastig om alle zorg voor de patiënt op zich te nemen.

Daarnaast zou ik het fijn vinden als er een overzicht zou zijn voor mogelijke materialen van functionele therapie en waar je het voor zou kunnen gebruiken. Ik denk niet dat ik weet wat er allemaal is.

Casus

Ik zou ten eerste graag willen weten wat er al in het revalidatieproces is gedaan en wat niet. Om even te voorkomen dat we dingen dubbel gaan doen. De hulpvraag staat duidelijk omschreven, en daarnaast zou ik willen kijken in de omgeving hoe we het een en ander kunnen verbeteren. Ik zou het wel in een groepsproces doen (zie argumentatie groepen). Ik zou kijken of mw. zichzelf kan cuen in haar semantische parafasieën, wat zijn momenten dat ze het wel opmerkt, wat niet en hoe kunnen we daar op inspringen. Ik zou kijken wat er te behalen is in een communicatieadvies voor de omgeving of strategieën om ermee om te gaan. Ik zou ook kijken of zo'n partner in een PACT-traject mee kan, ik vind dat dat toch wel veel positieve en mooie dingen laat zien in de communicatie met de mensen. Als je het hebt over mailcontact, zou ik willen kijken: wat zijn de mogelijkheden als je het heel gestructureerd in een stappenplan aanbiedt, kijken of ze dat op kan pakken, of ze daar iets mee kan. Als dat echt niet lukt, dan zou ik kijken naar een aangepast mailprogramma, of dat voor haar dingen makkelijker maakt en kijken of er nog andere hulpmiddelen zijn die je daarbij zou kunnen inzetten. Ik zou kijken waar er voor haar steun kan komen voor haar geheugenproblemen (agenda, dagstructuur). Haar dochter kan misschien foto's in haar mail plaatsen zodat ze vooral veel visuele input krijgt. Ze is nog maar 7 maanden post onset, dus misschien kun je nog wat individuele therapie inzetten om in haar semantische parafasieverhaal nog wat te behalen. Maar dat is ook afhankelijk van wat er in de revalidatie is gedaan. Verder zou ik het vooral zoeken in adviezen en aanpassingen om haar heen.

Afasiecentrum Zwolle

Hoe zou u de term functionele afasietherapie in één zin definiëren?

Voor mij zou functionele afasietherapie betekenen dat je mensen wat leert waar zij echt direct in het dagelijks leven iets mee kunnen.

In welk stadium zet u functionele therapie in?

Sowieso de mensen die ik hier zie zijn al uit de revalidatie. Dus in principe ben je hier altijd functioneel bezig. Je moet dit ook zeker al wel in de revalidatie toepassen. Ik denk dat je kan beginnen met functionele therapie 6 maanden post onset. Misschien wel eerder, maar dat ligt ook aan de cliënt.

Is dat de ideale tijd om functionele therapie in te zetten?

Ik zou de functionele therapie en de stoornisgerichte therapie niet los van elkaar zien. Het moet uiteindelijk altijd functioneel zijn. Stoornisgerichte therapie kan nog steeds verbetering geven, maar niet meer in grote stappen zoals in de revalidatie.

Op welke wijzen/met welke instrumenten inventariseert u de hulpvraag van de cliënt?

Ik gebruik een vragenlijst om de hulpvraag te inventariseren. Deze heb ik zelf gemaakt waarin onderwerpen zoals lezen, schrijven, boodschappen doen etc. naar voren komen. We werken hier met competenties en doelenkaarten. We geven hier eigenlijk voorbeelden voor een doel om aan te werken. Als de cliënt het moeilijk vindt om te verwoorden, kan zo'n plaatje ondersteuning geven. Verder ga ik met de cliënt in gesprek.

Hoe stelt u de therapiedoelen op?

Je gaat samen bekijken waarom de cliënt hier is en wat de cliënt nog wil leren. Hele SMART doelen maak ik niet, omdat het daardoor onleesbaar wordt. Het wordt voor de cliënt niet meer herkenbaar. Ik leg de doelen namelijk altijd aan de cliënt voor.

Wat is er nodig om dit te optimaliseren?

Gebruikt u een geschreven (PACE of andere vormen gebaseerd op PACE) therapiewijze (stappenplan) of gebruikt u iets wat u zelf bedacht heeft?

We doen niet specifiek iets met PACE. We zijn nog erg bezig om gereedschapskisten te vullen. Wat doen we bij welke hulpvraag? Er zijn wel standaard activiteitenplannen gericht woordvindingsstrategieën. Deze worden aangepast per groep of per cliënt. Dat kan deels bestaan uit oefeningen die we uit de revalidatie hebben meegekregen. Het is wel een beetje samen geraapt.

We stellen de behandeling op, op basis van de activiteitenplannen. Dit is binnen de afasiecentra ontwikkeld. Deze zijn wel vrij basaal en die moet je aanpassen aan de cliënt.

Wat heeft u nog nodig om dit te kunnen optimaliseren?

Ik denk wel dat er meer nodig is, want je merkt dat er een gat is. Wat kan ik allemaal aan functionele therapie bieden? Waarvan is nu bewezen dat het echt werkt? Ik heb op dit moment niet echt een idee hoe we dat met z'n allen kunnen verbeteren.

Hoe betreft u de omgeving bij de therapie?

Ik zou bijvoorbeeld de partner van mevrouw (casus) uitnodigen om bij de groep te zitten en bij de computer om hem te laten zien wat we nu eigenlijk aan het oefenen zijn. Ik communiceer eigenlijk altijd via een communicatieschrift. Tevens kunnen ook partners aanwezig zijn bij de intake en evaluatie, maar dat gebeurt niet altijd. Je moet de omgeving erbij betrekken, anders heeft het ook weinig zin merk ik. Thuis loop je tegen andere dingen aan. We hadden hier ook vaak informatieavonden voor partners. Op dit moment zijn de financiële middelen te klein om weer informatieavonden te organiseren.

Volgens Murphy et al. (1996; besproken in Heintjes, 2003) worden communicatiehulpmiddelen in de dagelijkse communicatie relatief weinig gebruikt door cliënten.

Wat is uw ervaring hiermee?

Toen ik net kwam werken in het afasiecentrum las ik erg vaak dat cliënten wel een communicatiehulpmiddel hebben, maar deze nooit gebruiken. Een communicatiehulpmiddel zou echt een toevoeging kunnen zijn in een gesprek met onbekende mensen. Partners weten vaak wel wat de cliënt wil zeggen.

Welke communicatiehulpmiddelen zet u het meeste in?

Ik vraag niet heel vaak een nieuw communicatiehulpmiddel aan, ik pas de bestaande eerder aan. Cliënten willen vaak in het begin zoveel mogelijk in hun communicatiehulpmiddel hebben staan, maar dat is vaak ook niet praktisch. Ik bekijk dan samen met de cliënt welke boodschappen echt nuttig zijn om over te brengen. Je hebt ook echt een slimme partner nodig die bijvoorbeeld met een TouchSpeak om kunnen gaan. Je ziet ook steeds meer een opkomst met de iPad om deze als communicatiehulpmiddel te gebruiken. Je kunt heel goed de contactenlijst, notities, de kaarten etc. inzetten. Je hebt dan al meteen de WIE-WAT-WAAR structuur. Er wordt steeds meer gewerkt aan ondersteunende hulpmiddelen voor de iPad. Ik vind het allemaal wat gebruiksvriendelijker.

Wat denkt u dat de ideale samenstelling zal zijn van een groep? Uit hoeveel deelnemers bestaat de ideale groep?

Over het algemeen, ligt ook aan het doel, is 6 à 7 cliënten wel maximaal. Zeker in een gespreksgroep. Zij hebben moeite om de informatie te verwerken en hebben meer tijd nodig. Dan vind ik dat wel maximaal. Het ligt ook uiteraard aan het doel dat de groep heeft. Sommige groepen kunnen meer cliënten hebben.

Waarop rangschikt u de cliënten? Leeftijd? Onderwijs? Interesses?

Voornamelijk op de hulpvraag. Soms zie je ook cliënten die erg gehecht zijn aan een bepaalde groep, ondanks dat de cliënt een andere hulpvraag of ander doel heeft. Er kan zo wel veel verschil in niveau van de cliënten zitten. Er zijn ook cliënten die in meerdere groepen zitten, omdat in de ene groep de hulpvraag beter past en in de andere groep het niveau beter aansluit.

Het kan ook vrij lastig zijn om cliënten te hebben in een groep met hetzelfde niveau, zeker bij globale afasie.

Stel dat een cliënt een hulpvraag heeft die niet voorkomt in de situaties van verschillende meetinstrumenten, zoals de BEBA of de ICB.

Hoe evalueert u de hulpvraag dan? Op welke wijze/met welke instrumenten evalueert u de hulpvraag van de cliënt?

Ik doe dat samen met de afasiebegeleider. Hoe gaat het in de groep? Moeten we een ander doel stellen? Ik stel dezelfde vragen aan de cliënt. Hoe gaat het nu? We zijn nu bezig met hoe we het beste kunnen meten. Dit doen wij ook met een schaal van 1-10. De cijfers voor de start van de behandeling en tijdens de evaluatie worden met elkaar vergeleken.

Sevat & Heesbeen (2000) geven aan dat de uitkomsten van de functionele afasietherapie in directe relatie staat met een verbetering van kwaliteit van leven. Er zijn Engelstalige instrumenten die dit meten, maar deze worden niet in Nederland gebruikt.

Hoe wordt de kwaliteit van leven gemeten in Nederland?

Ik vind dit van toegevoegde waarde. Ik weet dat ze nu bezig zijn met aanpassen van de CQ-index. De kwaliteit van leven hangt zo samen met de therapie. Ik meet dat op dit moment niet.

In hoeverre bent u betrokken bij de generalisatie naar het dagelijks leven?

Wij geven hier sinds kort ook individuele therapie. Wat de cliënt daarin leert kan heel makkelijk toegepast worden in een groep. Dat is dan een veilige omgeving en met lotgenoten. Ik weet niet of dit ideaal kan zijn, ook omdat we hier nog maar kort mee bezig zijn. Ik ben bang dat met individuele therapie je teveel terug valt in stoornisgerichte therapie en daar moet ik nog even in weg vinden. Ik denk dat het voor cliënten die direct uit de revalidatie komen een goede manier is.

Generalisatie gaat hier wat makkelijker dan in een revalidatiecentrum, omdat het in het revalidatiecentrum een meer onnatuurlijke situatie is. Je kunt hier in het afasiecentrum bijvoorbeeld oefenen in rollenspellen. Als je hier iemand leert mailen, maar niet in de eigen situatie kan het moeilijk zijn voor de cliënt om generalisatie te maken. Dit kan bijvoorbeeld doordat de computer er anders uit ziet dan thuis.

Het oefenen van de strategieën (alles wat geleerd wordt in de functionele therapie) in de praktijk is essentieel voor het slagen van de behandeling (Johanssen, 2012). Er wordt niet vermeld wat communicatiestrategieën zijn, omdat deze voor iedereen anders zijn. Er blijkt dus uit literatuur dat er te weinig mogelijkheden zijn om te kunnen oefenen in de praktijk (Goos et al. 1999). Terwijl dit wel bijdraagt aan positieve uitkomst.

Wat maakt het dat dit nauwelijks gebeurt in Nederland?

Wat is er nodig om dit wel te kunnen nastreven?

Wat zijn volgens u stoornissen op het gebied van cognitie, emotie en gedrag die een negatieve invloed hebben op de therapie?

Het is vaak een kwestie van uitproberen. Ik hou er wel rekening mee hoor, door bijvoorbeeld te letten op de ruimte, niet een te grote groep, dat soort dingen eigenlijk. Ik vind belastbaarheid ook een belangrijke. Wij werken hier natuurlijk in groepen en als iemand geen

groepsmens is dan heeft de therapie ook niet heel erg veel zin. Daarnaast moet iemand ook echt gemotiveerd zijn.

Gelden deze van de stoornisgerichte therapie ook voor de functionele therapie?

Van de Sandt-Koenderman (2011) schrijft dat in de toekomst computertechnologie gedeeltelijk de behandeling zal overnemen en de logopedist alleen nog maar een coachende rol zal hebben.

Welke ideeën heeft u hierover?

Er wordt steeds meer ontwikkeld waar je de cliënt zelfstandig mee kan laten oefenen. Je kunt echt niet zonder de rol van de logopedist. Je hebt die sturing nodig. Het kan zeker als aanvulling werken, maar of het de behandeling zou overnemen weet ik niet. Ik denk dat het makkelijker is om stoornisgerichte programma's te ontwikkelen dan functionele therapie.

Algemene vragen

Welke functionele hulpvragen komt u met enige regelmaat tegen? (Kunt u hiervan een top 5 maken?)

Op nummer 1 staat: 'ik wil beter praten'. Wat je ook veel tegenkomt is e-mailen. En als laatste ook ik wil weer beter kunnen lezen. Bijvoorbeeld een krant of een boek.

Wat denkt u dat er nog nodig is om functionele afasietherapie efficiënter te maken (zowel voor diagnostiek, therapie en/of evaluatie)?

Casus

Ik ga meteen eigenlijk kijken of we een groep hebben waar deze mevrouw in zou kunnen passen, bijvoorbeeld in onze computergroep. Wat kunnen wij bieden en welke adviezen moet ik geven aan de afasiebegeleider. Bij ons in het afasiecentrum is het zo dat de afasiebegeleider, een activiteitenbegeleider die hiervoor geschoold is, de behandeling in de groepen doet. Ik zit zelf niet altijd bij de groep. Ik geef de afasiebegeleiders het advies hoe zij deze mevrouw het beste kunnen begeleiden en welke oefeningen ze kunnen inzetten. Ik heb meer een coachende rol.

Ik geef de begeleider dan als advies om steekwoorden op te schrijven wanneer hij/zij met mevrouw communiceert.

Ik zou ook wel willen weten of er een NPO bij mevrouw is afgenomen.

Afasiecentrum Apeldoorn

Hoe zou u de term functionele afasietherapie in één zin definiëren?

Afasietraining gericht op training van de dagelijkse vaardigheden, dingen die je nodig hebt in de dagelijkse praktijk.

In welk stadium zet u functionele therapie in?

Dat kan heel verschillend zijn. Dat ligt aan de behoefte van de cliënt zelf. De één kan er al veel eerder aan toe zijn. Het ligt ook aan de ernst van de afasie. Als iemand duidelijk wil maken dat hij naar de wc moet kan dit al heel functioneel geoefend worden.

In de revalidatiefase zit je vaak op een ander niveau, meer op de stoornis gericht. Maar daar tussendoor ben je ook bezig met stukjes functionele therapie.

In het afasiecentrum zijn soms mensen die weer aan het werk gaan, dat is dan op een heel ander niveau functionele training geven.

Je kunt het in veel fases van de behandeling tegenkomen.

Op welke wijzen/met welke instrumenten inventariseert u de hulpvraag van de cliënt?

Heel af en toe pakken wij de BIPAC erbij in het revalidatiecentrum, maar ik vind hem aardig gedateerd. Meestal ga ik om de tafel met de cliënt en bepreek ik de hulpvraag. Daarnaast gaan we samen kijken wat er nodig is om de hulpvraag te realiseren. Sommige cliënten kunnen hierin zelf ook het één en ander voorbereiden.

En als mensen zonder hulpvraag binnen komen?

Dat komt eigenlijk nooit voor, mensen moeten hier eigenlijk binnenkomen met een hulpvraag/doelen.

Hoe stelt u de therapiedoelen op?

Wat is er nodig om dit te optimaliseren?

Meeste mensen komen binnen met een eigen hulpvraag/doelen die vloeien soms voort uit doelen die ze hebben vanuit de revalidatie. De doelen worden opgesteld aan de hand van de hulpvraag, ook dit wordt gedaan in gesprek met de cliënt. De cliënten hebben allemaal een doelenkaart, waardoor ze zich elke keer realiseren waarom ze hier zijn en hoe ze die doelen moeten bereiken.

Mensen hebben soms heel veel doelen als ze hier binnen komen. We proberen aan te sturen op wat minder doelen. Sommige doelen parkeren we even en die kunnen dan later weer opgepakt worden. Of sommige doelen zijn niet haalbaar en worden dan in overleg met de cliënt bijvoorbeeld anders geformuleerd.

Gebruikt u een geschreven (PACE of andere vormen gebaseerd op PACE) therapiewijze (stappenplan) of gebruikt u iets wat u zelf bedacht heeft?

Wat heeft u nog nodig om dit te kunnen optimaliseren?

In de revalidatie gebruik ik PACE zowel individueel als in groepen. Doormiddel van foto's informatie overbrengen aan anderen. PACE is vaak een onderdeel van de totale communicatie. Mensen met een ernstige afasie vinden het vaak een fijne/leuke manier om mee te oefenen.

In het afasiecentrum gebruiken we het niet vaak. Hier zitten we vaak ook op het niveau van gespreksvoering. Hiervoor gebruiken wij heel verschillende materialen.

Hoe betreft u de omgeving bij de therapie?

In de revalidatie probeer ik de partner en de rest van de omgeving te betrekken bij de behandeling. Ik denk dat dit ook heel belangrijk is, omdat zij ook moeten leren om te communiceren met de cliënt. Maar ik merk dat het vaak heel moeilijk is om die betrokkenheid te realiseren. Mensen willen vaak wel, maar hebben nog zoveel andere dingen aan hun hoofd. Dus ik nodig de omgeving altijd uit bij de therapie, maar in de praktijk zie ik ze helaas te weinig.

In het afasiecentrum komen de partners bijna nooit mee. Ook omdat de cliënten het vaak fijn vinden om dit traject zelf te doen. Als er twee keer per jaar geëvalueerd wordt, nodig ik de partner wel altijd uit.

Welke communicatiehulpmiddelen zet u het meeste in en wat is uw ervaring hiermee?

Ik zie soms dat mensen die in het revalidatiecentrum eigenlijk hun hulpmiddel bijna niet gebruiken, dat nu in het afasiecentrum wel gaan doen. Sommige mensen kunnen er heel goed mee overweg en pakken het er zelf altijd bij.

Andere mensen proberen het toch op een andere manier en het liefst via praten.

Ook hierin zijn wij als therapeuten soms te snel. Soms krijgen cliënten in het ziekenhuis al een gespreksboek, maar daar zijn ze dan nog helemaal niet aan toe.

Ik gebruik vooral het gespreksboek (de structuur is handig) of de iPad. Daarnaast ook totale communicatie. Tekenend, schrijven enz.

Wat denkt u dat de ideale samenstelling zal zijn van een groep? Uit hoeveel deelnemers bestaat de ideale groep?**Waarop rangschikt u de cliënten? Leeftijd? Onderwijs? Interesses?**

Ik vind het lastig om hier goed antwoord op te geven. Ik heb veel verschillende groepen gedaan, maar er zijn verschillende factoren die belangrijk zijn.

Het is belangrijk dat er respect is binnen de groep. En daarnaast dat de input ook vanuit de groep komt en niet alleen van de logopedist.

Het niveau moet niet te ver uit elkaar liggen, want dan komen mensen niet goed tot hun recht. Maar de niveaus hoeven ook niet geheel gelijkwaardig te zijn.

Er zijn groepen die bestaan uit vier cliënten, maar ook met acht cliënten. Het is wel fijn om met acht cliënten twee begeleiders te hebben.

Hoe evalueert u de hulpvraag? Op welke wijze/met welke instrumenten evalueert u de hulpvraag van de cliënt?

Nee, ik gebruik geen instrument. We gaan in gesprek met de cliënt. De doelen worden elke week geëvalueerd in de groep en daarnaast 2 keer per jaar worden ze uitgebreid besproken. Sommige mensen hebben eindeloos doelen als doel. Dan ga ik in gesprek met de cliënt en vraag ik of ze al tevreden zijn over het doel, of ga ik inventariseren of het doel misschien te hoog gegrepen is.

Daarnaast is de vraag of een doel behaald is. Of is iemand tevreden en kan het doel van de kaart. Het kan ook zijn dat een doel niet behaald is, maar dat de cliënt er een beetje klaar mee is.

Hoe wordt de kwaliteit van leven gemeten in Nederland?

Er wordt binnen het afasiecentrum een enquête afgenomen waarin het reilen en zeilen binnen het centrum wordt onderzocht. Maar verder geen kwaliteit van leven. Wel wordt in de groepen aandacht besteed aan dit onderwerp.

In hoeverre bent u betrokken bij de generalisatie naar het dagelijks leven?**Wat maakt het dat dit nauwelijks gebeurt in Nederland?****Wat is er nodig om dit wel te kunnen nastreven?**

Het is heel lastig, als ik kijk vanuit het revalidatiecentrum kom ik heel weinig bij de mensen thuis. Dit komt heel af en toe voor, maar eigenlijk bijna nooit.

In het revalidatiecentrum zijn we vaak geneigd om als therapeuten allemaal een grote rol te spelen in de revalidatie van een cliënt. Maar we zouden veel meer de cliënt zijn prioriteiten moeten laten aangeven waardoor we meer zorg op maat kunnen bieden. We kunnen niet met alle therapeuten tijd creëren om bij de cliënt thuis langs te gaan.

Wat zijn volgens u stoornissen op het gebied van cognitie, emotie en gedrag die een negatieve invloed hebben op de therapie?**Gelden deze van de stoornisgerichte therapie ook voor de functionele therapie?**

Zoals ik al eerder aangaf zie ik niet zo snel beren op de weg. Als de cliënt meer stoornissen heeft dan alleen de afasie zie ik het vaak wel als uitdaging om er mee aan de slag te gaan. Ik zie het dus niet snel als een contra-indicatie.

Wel is het belangrijk als de cliënt motivatie heeft voor de behandeling. Als de hulpvraag meer komt vanuit de omgeving dan zal de therapie moeizamer verlopen.

Daarnaast moet de hulpvraag ook realistisch zijn.

Ziekte-inzicht is ook een belangrijke factor. Vaak ga ik hierover met mensen in gesprek, omdat het soms ook gewoon een houding is die mensen aannemen in plaats van echt een stoornis. Als blijkt dat dit toch een grote beïnvloedende factor is wordt de therapie heel lastig.

Van de Sandt-Koenderman (2011) schrijft dat in de toekomst computertechnologie gedeeltelijk de behandeling zal overnemen en de logopedist alleen nog maar een coachende rol zal hebben.

Welke ideeën heeft u hierover?

Ik denk dat je niet zonder computers kan, maar ik denk dat je ook niet zonder therapeut kan. Ik denk dat je therapeuten nodig hebt om aan te sturen, of direct in te grijpen. Een computer programma is prima om thuis als ondersteuning te doen, maar iemand moet dat ook kunnen en begrijpen. Maar ik zie niet zozeer hoe de computer mee zou kunnen gaan in gespreksvoering met een cliënt.

Ik denk dat het een aanvulling kan zijn, maar nooit het één of het ander. Ik zie het niet zo als en gevaar.

Algemene vragen

Welke functionele hulpvragen komt u met enige regelmaat tegen? (Kunt u hiervan een top 5 maken?)

De krant lezen, telefoneren, boodschappen doen, gespreksonderwerpen inbrengen, vragen stellen en zelf je verhaal doen bij de dokter.

Wat denkt u dat er nog nodig is om functionele afasietherapie efficiënter te maken (zowel voor diagnostiek, therapie en/of evaluatie)?

Het is soms lastig dat wij niet een bepaald draaiboek hebben over hoe functionele therapie eruit moet zien. En ook wanneer je, in welk stadium je het inzet.

Als de hulpvraag bijvoorbeeld te maken heeft met emailen is er geen concreet behandelmateriaal wat we kunnen gebruiken.

Als logopedist moet je zelf altijd creatief zijn om maatwerk te kunnen leveren.

Daarnaast is de BIPAC een beetje gedateerd, het kopen van een strippenkaart doen wij tegenwoordig niet meer.

Casus

Mevrouw heeft twee mooie hulpvragen. Ik zou meteen met haar gaan kijken waar haar prioriteiten liggen. Kan je aan beide hulpvragen tegelijk werken of moet je beginnen met één tegelijk. Dit ligt een beetje aan haar leerbaarheid, maar ook aan de trainingstijd die je hebt. Daarnaast zou ik het emailen meer gaan uitdiepen. Wat is precies wat ze wil, en neemt ze ook genoeg met minder. Is het haalbaar om weer volledige zinnen te maken of niet. Ook zou ik de dochter betrekken in de behandeling. Die heb je toch nodig omdat ze met haar wil emailen.

Daarnaast zou ik met haar willen inventariseren wat voor activiteiten zij uit voerde op haar werk. Wat zou ze weer willen doen, en wat is haalbaar enz.

In therapieruimte eerst oefenen met rollenspellen en daarna ook op haar werk kijken hoe het gaat.

De partner zou ik betrekken in de behandeling. Hij zal ongetwijfeld aanwezig zijn wanneer mevrouw een email stuurt. Daarin afspraken maken waarin hij wel en wanneer hij niet helpt. Eventueel andere hulpvragen inventariseren. Het lijkt me een actieve vrouw, dus er ligt misschien meer.

Afasiecentrum Utrecht

Hoe zou u de term functionele afasietherapie in één zin definiëren?

Functionele afasietherapie wordt volgens mij afgezet tegenover stoornisgerichte therapie waarbij functionele afasietherapie gericht is op het aanleren van vaardigheden en strategieën om communicatieve vaardigheden toe te passen in de praktijk

In welk stadium zet u functionele therapie in?

In de Hoogstraat gaan ze vrij snel over op functionele therapie, misschien al wel na 3 maanden. Ik heb zelf de overtuiging dat cliënten echt nog heel lang dingen op stoornis niveau bij kunnen leren. Dus ik zou een jaar tot ander half jaar die stoornis willen trainen en pas daarna over op functionele therapie. Of wel eerder de overlap te maken, maar de behandeling in de revalidatie wordt steeds korter. Iemand met een globale afasie staat soms na 3 maanden al bij ons. Nog midden in het verwerkingsproces, dat vind ik veel te snel.

Is dat de ideale tijd om functionele therapie in te zetten?

Op welke wijzen/met welke instrumenten inventariseert u de hulpvraag van de cliënt?

Ik probeer in een intake gesprek met de cliënt en de partner zo goed mogelijk de hulpvraag uit te diepen.

Vaak komen cliënten niet met een hele functionele vraag, maar meer gericht op de stoornis. In zo'n eerste gesprek moet je dus goed doorvragen om erachter te komen waar nou precies de functionele vragen zitten. Wij gebruiken geen instrument. In de eerste fase gaan wij een participerende observatie doen. Dus we gaan met mensen aan de slag en dan kijken we observerend hoe het gaat in de praktijk. Dit wordt in de groep gedaan.

Een hele specifieke hulpvraag die wij niet kunnen behandelen omdat we alleen op groepsniveau behandelen wijs ik door naar Birkhoven of naar Mirjam Top-Termaat.

Hoe stelt u de therapiedoelen op?

Tijdens de intake worden de globale doelen besproken. Tijdens de observatie fase wordt gekeken op welke plek de cliënt het best tot zijn recht komt. Na 2 weken kom ik weer bij één met de cliënt en partner en dan worden de doelen gesteld. Ik maak een handelingsplan samen met de psycholoog en soms met andere disciplines. Dan ligt er een blauwdruk voor de eerste periode.

We proberen de doelen smart op te stellen, maar daar heb ik zelf eigenlijk een hekel aan. Iedereen professional weet wat ik bedoel als ik zeg: Iemand wil beter de Libelle kunnen lezen. Ik denk dat dat beter is dan: Over 6 weken kan iemand de eerste 2 woorden van de titel enz.

De cliënt krijgt een actiekaart waarop alle groepen vermeld staan waar hij in zit. Daarnaast staan de persoonlijke doelen op de kaart. Dit systeem werkt aardig, het is een proces dat veel tijd in beslag neemt. Maar het is hierdoor wel duidelijk voor de cliënt en begeleider wat ze eigenlijk aan het doen zijn in de groep. Als mensen ze uit het oog verliezen kun je ze er ook weer op wijzen. Bijvoorbeeld, we zijn niet het praten aan het oefenen, maar juist het gesprekboek en het tekenen.

Wat is er nodig om dit te optimaliseren?

Gebruikt u een geschreven (PACE of andere vormen gebaseerd op PACE) therapiewijze (stappenplan) of gebruikt u iets wat u zelf bedacht heeft?

Wij hebben veel PACE-achtige methodiek en daarnaast heel veel maatwerk.

Bij telefoneren hebben we wel wat formulieren die mensen kunnen gebruiken, maar je past het bijna altijd aan op de cliënt. Het is bijna allemaal maatwerk. Daarvoor moet je wel soms creatief zijn.

Heeft u die formulieren zelf ontwikkelt?

Een beetje zelf en een beetje uit de Hoogstraat. Combinatie uit verschillende plekken.

Wat heeft u nog nodig om dit te kunnen optimaliseren?

Wij merken dat een co-therapeut in de vorm van een vrijwilliger heel goed werkt. Daar zou ik wel materiaal voor willen hebben. En daarnaast de partner die in de thuis situatie ook met iemand kan en wil oefenen.

Kun je daar een voorbeeld van geven?

Rollenspelletjes voor telefoneren. Op stoornisniveau kunnen ze thuis goed oefenen, maar op functioneel niveau niet. Of opdrachtjes als: ga samen naar het winkelcentrum en laat Pietje maar is iets bestellen.

Hoe betreft u de omgeving bij de therapie?

Wat is uw ervaring hiermee?

We proberen het wel, maar we zijn daarin ook heel beperkt. Omdat je in een groep werkt kun je de partner niet zo makkelijk betrekken bij de behandeling. We hebben wel de partnersgespreksgroep en groepen waaraan de partner actief deelnemen maar ik vind het te weinig nog. We hebben wel is PACT achtige behandeling gedaan, maar je hebt in een groep zulke verschillende hulpvragen.

Welke communicatiehulpmiddelen zet u het meeste in?

TouchSpeak wordt wel is ingezet en op de iPad zijn we wel bezig met app-jes, maar het probleem is vaak dat mensen in de executieve functies teveel knelpunten hebben om van een idee over te gaan tot een handeling.

Wat denkt u dat de ideale samenstelling zal zijn van een groep? Uit hoeveel deelnemers bestaat de ideale groep?

Waarop rangschikt u de cliënten? Leeftijd? Onderwijs? Interesses?

Een groep kan bestaan uit 2 tot 8 personen. Soms worden groepen weer onderverdeeld in kleine groepjes, als ze aangeven dat ze bijvoorbeeld allebei willen telefoneren.

Groepen zijn heel dynamisch, zodra er een aantal mensen een bepaalde hulpvraag hebben wordt er een nieuwe groep opgestart.

Het is belangrijk dat een groep homogeen is. De basis waarop een groep homogeen is kan verschillen. Het kan zijn op basis van hulpvraag, maar ook op basis van niveau. We hebben globale groepen waar we meer de non verbale strategieën trainen, daar zitten we meer op stoornis niveau.

Wat is de ideale situatie volgens u?

Dit is opzich ideaal. Het is heel erg ontstaan vanuit de hulpvraag van de deelnemers.

Hoe evalueert u de hulpvraag dan? Op welke wijze/met welke instrumenten evalueert u de hulpvraag van de cliënt?

We gebruiken geen instrument hiervoor. Maar als we de doelen gaan evalueren gaat dat weer met de cliënt en de partner in een gesprek. Dan bespreken we de doelen en hoe die de afgelopen tijd zijn gegaan. En tussendoor wordt geëvalueerd met de vrijwilligers die de groepen begeleiden. Dit wordt eens per maand gedaan. Gaat het goed met de groep, zijn de cliënten zicht bewust van de doelen, wordt er aan gewerkt, gebeurt dit goed genoeg enz. Met deelnemers wordt afhankelijk van de indicatie een keer per half jaar of per jaar geëvalueerd met partner erbij.

Hoe wordt de kwaliteit van leven gemeten in Nederland?

Er worden tevredenheidsonderzoeken afgenomen. Hier scoort het afasiecentrum hoog op, terwijl de generalisatie naar het dagelijks leven lang niet altijd lukt. Dit komt omdat cliënten toch graag beter willen leren praten en de functionele hulpvraag, bijv. boodschappen doen hebben ze helemaal niet omdat de partner dat toch altijd al deed.

1 keer per 2 jaar is er een tevredenheidsonderzoek, hierin wordt gevraagd of je tevreden bent over je doelen, je handelingsplan en hoe tevreden ben je over het aanbod? Dit wordt organisatie breed afgenomen.

We zijn net begonnen met een kwaliteit van leven onderzoek. Cliënten worden na 3 maanden getoetst en na een jaar. En daarmee wordt dan gekeken of de kwaliteit van leven verbeterd is.

Het instrument is heel verbaal, dus hier heb ik mijn bedenkingen bij. Maar ik vind het heel goed dat we een start maken met het in kaart brengen van de kwaliteit van leven.

Uiteindelijk wil je hierop verbetering meten en ondanks dat wij relatief weinig functioneel behandelen zijn de cliënten toch heel tevreden.

Op het gebied van communicatie gaat dit instrument heel erg over je gekend en erkend voelen. Niet in een isolement zitten enz.

In hoeverre bent u betrokken bij de generalisatie naar het dagelijks leven?

Individuele therapie wordt op dit moment niet vergoed. Dus het is voor ons niet mogelijk om met de cliënt naar de supermarkt te gaan om boodschappen te doen.

Het komt dus wel is voor dat wat hier getraind wordt niet toegepast wordt in de thuis situatie, er vindt onvoldoende generalisatie plaats.

Wat maakt het dat dit nauwelijks gebeurt in Nederland?

Wat is er nodig om dit wel te kunnen nastreven?

Wat zijn volgens u stoornissen op het gebied van cognitie, emotie en gedrag die een negatieve invloed hebben op de therapie?

Wij merken dat in de chronische fase de afasie vaak niet het grootste probleem is, maar de neuropsychologische functies wel. We merken vooral de executieve functies, plannen, organiseren enz. maar ook problemen met geheugen, snelheid van informatie verwerking dat zijn dingen waar mensen behoorlijk tegenaan lopen.

Contra-indicatie zijn er eigenlijk niet. Je gaat hier juist mee aan de slag. Gedragsproblemen zijn wel een contra-indicatie. Iemand die door het gedrag helemaal niet leerbaar of gemotiveerd is.

Gelden deze van de stoornisgerichte therapie ook voor de functionele therapie?

Van de Sandt-Koenderman (2011) schrijft dat in de toekomst computertechnologie gedeeltelijk de behandeling zal overnemen en de logopedist alleen nog maar een coachende rol zal hebben.

Welke ideeën heeft u hierover?

Ik zie dat nog niet gebeuren. Mensen buiten ons werkveld denken dat ook wel is over Digitaal en Kompro, maar als logopedist ga je natuurlijk kijken hoe je dit gaat inzetten. Bij de één zal je de helft van zijn scherm af plakken en bij de ander neem je het schrijven of het gespreksboek er ook bij. Ik denk niet dat dat stukje van wat je als logopedist meeneemt kan overgenomen worden door de technologie.

Als er app-jes of programma's zijn waar je op basis van je diagnostiek heel gericht kan gaan trainen zou het misschien gedeeltelijk kunnen, maar meer nog in de subacute fase denk ik.

Algemene vragen

Wat denkt u dat er nog nodig is om functionele afasietherapie efficiënter te maken (zowel voor diagnostiek, therapie en/of evaluatie)?

Ik vind het heel lastig. We zitten wel met z'n allen steeds het wiel uit te vinden.

Ik zit te denken aan een oefenboek voor partners. Er is weinig voor thuistherapie. Op functioneel niveau oefeningen die buiten de therapie ook door niet logopedisten inzetbaar zijn.

.

BIJLAGE 14 TEKENTHERAPIE VOLGENS SACCHETT ET AL. (1999)

Sacchett et al. (1999) hebben onderzoek gedaan naar een tekentherapie programma gericht op meerdere punten:

- 1) Verbeteren van de omzetting van woorden naar beelden tekenen.
- 2) Verbeteren van het zicht op de belangrijke aspecten binnen een boodschap.
- 3) Het trainen van de reactie van de cliënt op de interpretatie van de communicatiepartner.
- 4) Verbeteren van de interpretatievaardigheden van de belangrijkste omgeving van de cliënt.

Taken voor de cliënt die bij de vier bovenstaande doelen horen, waren:

1. Verbeteren van de omzetting van woorden naar beelden tekenen.
 - Tekenen van afwezige voorwerpen:
 - Geheugenspel, waarbij kort meerdere getoonde voorwerpen vanuit de herinnering getekend moesten worden;
 - Semantische oefeningen zoals het voltooien van de categorie.
 - Het genereren van voorwerpen rondom een thema:
 - dingen die samen gaan met...sportartikelen etc.;
 - dingen die je vindt in de....badkamer, koelkast etc.;
 - dingen die je nodig hebt voor...het ophangen van planken, het bakken van een taart etc.
 - Conversatie
 - favorieten: sport, voedsel, nagerecht etc.;
 - cadeaus: wat zo je kopen voor...je vrouw, dochter, kleinzoon etc.
2. Verbeteren van het zicht op de belangrijke aspecten binnen een boodschap.
 - Single-item niveau: focus op het onderscheiden van verschillende kenmerken
 - toevoegen van details aan basisvormen;
 - PACE-achtige taken: onderscheiden van voorwerpen op basis van visuele kenmerken;
 - PACE-achtige taken als hierboven met visuele en semantisch gerelateerde voorwerpen, zoals gereedschappen en fruit.
 - Complex niveau: dit houdt in het ontwikkelen van strategieën / conventies voor beeltenis van mensen, actie, beweging, richting en verandering (in de plaats, eigendom, tijd, enz.).
 - PACE-achtige taken: middel-actie; foto's, geschreven/auditieve stimuli en video clips werden aangeboden;
 - het overbrengen van problemen: auditieve / geschreven stimuli of foto's: de therapeut geeft het probleem aan, cliënt tekent, anderen interpreteren;
 - het genereren van oplossingen: wat gebeurt er daarna? Wat zou je doen als?;
 - reeksen/verhalen (strip cartoon formaat): alledaagse activiteiten zoals het maken van een kopje thee of het verwisselen van een wiel;
 - maken van een verhaal: therapeut maakt een begin van een verhaal en de cliënt maakt verhaal af;
 - conversatie: iets wat je de afgelopen week hebt gedaan; iets wat je op tv hebt gezien; recente gebeurtenissen.
3. Het trainen van de reactie van de cliënt op de interpretatie van de communicatiepartner door het ontwikkelen van groter besef van de behoeftes die de interpretator heeft.

Strategieën zijn:

 - Luisteren en reageren op pogingen tot interpretatie;
 - Het verstrekken van duidelijke en consequente ja/nee antwoorden op alle vragen;
 - Overbrengen van een stukje informatie op een moment;

- Controleren van elk deel van de boodschap of deze begrepen wordt, voordat een volgend deel wordt overgebracht;
- Bevestigen van juiste interpretaties.

Strategieën ter verduidelijking toepassen zoals het toevoegen van gegevens aan tekeningen, uitbreiding van de belangrijkste delen van de tekening etc.

4. Verbeteren van de interpretatievaardigheden van de belangrijkste omgeving van de cliënt.
 - Het stellen van gesloten vragen over de tekening, voordat je gaat gokken wat het is;
 - Vragen naar belangrijke kenmerken;
 - Iets toevoegen of wijzigen aan de tekening;
 - Het tekenen van wat je denkt dat je begrepen hebt om de cliënt dit te laten bevestigen;
 - Vragen om toegevoegde aanwijzingen, zoals bijvoorbeeld het geven van een gebaar;
 - Zorgden dat je overal antwoord op krijgt en dat je dit antwoord ook nakijkt;
 - Opschrijven van kernwoorden;
 - Veelvuldig samenvatten van wat je begrepen hebt van de tekening.